

RECOMENDACIÓN NO. 79/2025.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DE TIPO OBSTÉTRICA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV1; A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2; ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1, VI1, VI2 Y VI3, ATRIBUIBLES A PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CULIACÁN, SINALOA.

Ciudad de México, a 30 de mayo de 2025

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2022/8641/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1 y V2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

Denominación	Claves
Persona quejosa y víctima directa	QV
Víctima directa	V
Persona víctima indirecta	VI
Persona autoridad responsable	AR
Persona servidora pública	PSP
Persona médica residente	PMR
Persona médica interna de pregrado	PIP
Semanas de gestación	SDG
Frecuencia cardiaca fetal	FCF
Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS sobre queja médica de QV1 y V2	QM
Expediente administrativo sobre investigación abierta en el OIC-IMSS sobre los hechos de QV1 y V2	EA

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

Nombre	Abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Nacional/ CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente IMSS-028-08	GPC-IMSS-028-08
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas	GPC-IMSS-436-19
Guía de Práctica Clínica para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo	GPC-IMSS-058-08
Guía Tecnológica No. 21: Cardiotocógrafos y Fonodetectores.	GT21
Hospital General Regional N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Culiacán, Sinaloa.	HGR1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Lineamiento Técnico para la Atención Amigable Durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica del IMSS	LTAAENP
Lineamiento Técnico para la Cesárea Segura	LTCS

Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-007 SSA2 2016, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido"	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento	NOM-034-SSA2-2013
NORMA Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.	NOM-234-SSA1-2003
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 19 de julio de 2022, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió la queja de QV1, en la que denunció presuntas violaciones a derechos humanos en su agravio y en el de V2, atribuibles a personal médico del HGR1. Relató que los días 6 y 7 de noviembre de 2021 acudió a dicho hospital debido a los dolores propios del trabajo de parto, ya que contaba con el embarazo a término, sin embargo, el personal médico la envió de regreso a su domicilio.

6. El 8 de noviembre de 2021, acudió nuevamente al HGR1, donde permaneció sin vigilancia ni valoración médica desde las 13:00 hasta las 21:00 horas, momento en que el personal se percató de que estaba en fase de "coronación", por lo que fue ingresada de inmediato a quirófano para la atención del parto. Al momento del nacimiento V2, presentó asfixia y un paro cardíaco, siendo su vitalidad restablecida mediante maniobras de reanimación practicadas por el personal médico del nosocomio. Sin embargo, el 9 de noviembre de 2021, V2 sufrió un segundo paro cardíaco que derivó en su fallecimiento.

7. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2022/8641/Q**, para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos. Se solicitó diversa información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de QV1 y V2, con motivo de la atención médica que les fue brindada, es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Evidencias de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja presentado por QV1 el 19 de julio de 2022 sobre presuntas violaciones a sus derechos atribuibles a personal médico del HGR1.

9. Correo electrónico de 23 de noviembre de 2022, por medio del cual personal del IMSS rindió informe sobre los hechos materia de esta Recomendación, adjuntando documentación relativa a la atención médica brindada a QV1 en el HGR1, entre otras, las siguientes:

9.1 Nota de atención médica de 19 de septiembre de 2024, a las 15:39 horas, suscrita por AR1;

9.2 Nota de atención médica de 3 de octubre de 2024, a las 17:09 horas, suscrita por AR1;

9.3 Nota de atención médica de 24 de octubre de 2021, a las 18:06 horas, suscrita por AR1;

9.4 Hoja de alta hospitalaria de 10 de noviembre de 2021, a las 11:00 horas, suscrita por PSP2;

9.5 Nota de alta de noviembre de 2021 sin día, firmada por PSP2;

9.6 Hoja de vigilancia de parto de 8 de noviembre de 2021 a las 22:21 horas elaboradas por AR2;

9.7 Nota de ingreso a Servicio de Ginecología y Obstetricia de 9 de noviembre de 2021;

9.8 Hoja de labor a tococirugía de 9 de noviembre de 2021, a las 09:00 horas elaborada por PSP1;

9.9 Hoja de ingreso a piso de ginecología de 9 de noviembre de 2021 elaborada por PIP2;

9.10 Registros clínicos, esquemas terapéutica e intervenciones de Enfermería de 8 y 9 de noviembre de 2021;

9.11 Registros clínicos, esquemas terapéutica e intervenciones de Enfermería de 10 de noviembre de 2021;

9.12 Oficio 26012151/0268/2022 de 17 de noviembre de 2022, suscrito por la persona titular de la Dirección del HGR1, mediante el cual rinde informe sobre los hechos de QV1 y V2;

9.13 Oficio Número 26012151/0271/2022 de 16 de noviembre de 2022, suscrito por AR2 mediante el cual informó la atención brindada a QV1;

9.14 Oficio Número 26012151/0272/2022 de 17 de noviembre de 2022, suscrito por AR3 mediante el cual informó la atención brindada a QV1.

10. Correo electrónico de 27 de agosto de 2024, por medio del cual personal del IMSS, remite a esta CNDH el Acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS sobre los hechos de QV1 y V2.

11. Correo electrónico de 20 de septiembre de 2024 por medio del cual personal del IMSS, remitió diversas constancias médicas sobre la atención médica brindada a V2 en el HGR1, entre otras, las siguientes constancias:

11.1 Certificado de defunción de defunción de V2;

11.2 Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de 8 de noviembre de 2021, a las 22:21 horas;

11.3 Nota de ingreso de 9 de noviembre de 2021, a las 14:17 horas.

12. Oficio V4/071706 de 11 de octubre de 2024, mediante el cual esta CNDH prestó vista administrativa ante el OIC – IMSS sobre la atención médica brindada a QV1 y V2.

13. Oficio 00641/30.102/01317/2024 de 16 de octubre de 2024, suscrito por la persona titular del OIC-IMSS, mediante el cual informa que con motivo la vista realizada por personal de esta CNDH sobre los hechos de QV1 y V2 se radicó el EA.

14. Opinión Especializada en materia de Medicina de esta Comisión Nacional, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas en la que se concluyó que la atención médica proporcionada a QV1 por el personal médico del HGR1 fue inadecuada, trascendiendo a su salud materna y al fallecimiento de V2.

15. Acta circunstanciada de 12 de diciembre de 2024, mediante el cual personal de CNDH hace constar comunicación telefónica sostenida con QV1, en la que detalló aspectos de su proyecto de vida.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. El 2 de mayo de 2024, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS emitió acuerdo por los hechos de QV1 y V2, en el que se determinó que la QM respectiva era improcedente desde el punto de vista médico.

17. Con motivo de la vista realizada por esta CNDH, se radicó un EA en el OIC-IMSS, en el cual continúa en trámite.

18. Adicionalmente, no se cuenta con evidencia de que se hubiese iniciado denuncia penal, demanda por responsabilidad patrimonial del Estado, Juicio de Amparo o conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con motivo de los hechos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

19. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2022/8641/Q**, en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo y con un enfoque de máxima protección de las víctimas con perspectiva de género¹ e interés superior de la niñez;² así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de QV1, a la protección de la vida e interés superior de la niñez en agravio de V2, así como al proyecto de vida de QV1, VI1, VI2 y VI3, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGR1, conforme a lo siguiente:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

20. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la SCJN señala que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que, por otro lado, este derecho tiene una faceta social o pública, que consiste en

¹ Es una herramienta que ayuda a analizar y comprender la sociedad, identificando las relaciones de poder entre los géneros, cuestionando la discriminación y promoviendo la igualdad. Permite reconocer cómo las diferencias de género influyen en diversos aspectos de la vida, como el acceso a recursos, oportunidades y la distribución de responsabilidades.

² Implica reconocer a la niñez y adolescencia como categorías analíticas clave para comprender la sociedad, los derechos y la protección de las niñas, niños y adolescentes. Se basa en el principio del interés superior del menor, que debe ser considerado en todas las decisiones que le afecten. Esta perspectiva también reconoce a los niños y adolescentes como sujetos de derechos, con habilidades y capacidades diferenciadas según su edad y contexto, para opinar, participar y tomar decisiones.

el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud³.

21. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, “[...] de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población”⁴. Por lo que, “[t]odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”⁵.

22. Asimismo, la Observación General número 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), en el párrafo 21 el Comité afirmó:

Los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que serán adecuados y

³ SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.

⁴ SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Tomo 3, página 1759, DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE. Amparo en revisión 19/2013, 30 de mayo de 2013. Registro digital: 2004683.

⁵ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 1.

estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Ello requiere un personal de atención de salud formado y capacitado, así como medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado.

23. La CrIDH, ha establecido como un deber del Estado "el asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de la población"⁶, como parte del acceso al derecho a la salud, también ha señalado "que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad"⁷.

24. Asimismo, la SCJN, estableció que:

El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuada. (...) ⁸

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

25. La OMS, como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, refiere que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de la salud de calidad

⁶ CrIDH. Caso Poblete Vilchis y otros Vs. Chile. Fonde, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 118.

⁷ CrIDH. Caso Poblete Vilchis y otros Vs. Chile. Fonde, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 120.

⁸ 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.

suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad⁹.

26. Por lo anterior, el Estado requiere implementar medidas y acciones que permitan evaluar las necesidades, consecuencias y condiciones de desigualdad a las que se enfrentan las mujeres, como lo es la maternidad, discriminación y violencia en el ejercicio de su sexualidad con relación a los hombres cuando ejercen su derecho al acceso a la salud. “En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad”.¹⁰

27. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar el acceso a los servicios de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. La Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de la CrIDH, define la salud materna como “la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios”¹¹.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Fecha de consulta: 31/01/2025.

¹⁰ CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

¹¹ Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>. Fecha de consulta: 15 de mayo de 2024.

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

29. 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 de generar la sensibilidad necesaria 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 mecanismos efectivos que impidan la repetición de situaciones de difícil e imposible reparación.

30. Este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, 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, con sensibilidad de género suficiente para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que ponen 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 la atención médica Gineco obstetra segura y oportuna, que debieran recibir en los servicios de salud a cargo del Estado¹².

31. En el caso que nos ocupa, las instituciones de salud y el personal médico que la conforman debieron apegarse a la legislación, a las normas; así como, a las guías que regulan y protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Además de implementar lineamientos, medidas o acciones para proteger los derechos a la salud materna de QV1 y a la protección de la vida de V2.

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

➤ Antecedentes clínicos de QV1

32. Al momento de los hechos QV1 contaba con los antecedentes ginecobstétricos de ningún parto, cesárea o aborto; cursaba un embarazo de término¹³ prolongado¹⁴ de 41.2 SDG por fecha de última menstruación¹⁵ del 23 de enero de 2021, con ingesta de hematóticos¹⁶ (ácido fólico), con control prenatal que consistió en 6 consultas desde el primer trimestre de la gestación; cursó con infección de las vías urinarias en el sexto mes de estado de gravidez, sin especificar manejo terapéutico, ni quien se lo prescribió; sin más datos que comentar debido a la ausencia de estos dentro del expediente de queja.

¹² Mismo sentido en recomendaciones CNDH 44/2024, 30/2024, 196/2023, entre otras.

¹³ Es aquel que dura entre 37 y 42 semanas, desde el primer día del último período menstrual hasta la fecha estimada de parto.

¹⁴ Es aquel que dura 42 semanas o más, es decir, que va más allá de la fecha probable de parto.

¹⁵ El método más habitual para calcular la fecha de parto es contar «40 semanas a partir del primer día de la última menstruación».

¹⁶ Son fármacos que incrementan la cantidad de hemoglobina y el número de glóbulos rojos en la sangre.

A.2.1. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A QV1 EN EL HGR1

33. Se pudo conocer la atención prenatal motivo de la queja en el HGR1 del 19 de septiembre de 2021 a las 15:39 horas, cuando QV1 acudió a la consulta externa¹⁷ de Ginecología y Obstetricia donde fue atendida por AR1, personal médico adscrito a ese servicio, a quien le refirió que su última fecha de menstruación fue el 23 de enero de 2021; es decir, en esa fecha ya cursaba con embarazo de 34.1 SDG con fecha probable de parto el 30 de octubre de 2021. A la exploración física reportó a QV1 con datos de obesidad, con presentación cefálica¹⁸, índice de líquido amniótico¹⁹ normal, movimientos fetales perceptibles, FCF normal; describió resultados de laboratorio que indicaban anemia moderada²⁰; indicó curva de tolerancia a la glucosa²¹ y cita en dos semanas.

34. El 03 de octubre de 2021 a las 17:09 horas, QV1 acudió al HGR1 donde fue atendida nuevamente por AR1, quien la reportó con adecuados movimientos fetales, sin pérdidas transvaginales. Indicó peso materno y talla que son discordantes con los advertidos en la valoración previa de 19 de septiembre de 2021, al cambiar el estado nutricional de QV1, sin que se anotara peso previo al embarazo, ni cotejara la altura e índice de masa corporal, así como las constantes vitales de parámetros normales; indicó índice de líquido amniótico normal sin que especificara la medida cuantitativa de este, FCF normal; reportó auxiliares clínicos de 13 de septiembre de 2021 y de gabinete de 23 de agosto de 2021, analizados en

¹⁷ Es un servicio de atención médica ambulatoria que se realiza en un consultorio o en el domicilio del paciente. En ella, un médico especialista realiza un interrogatorio y una exploración física para diagnosticar o dar seguimiento a una enfermedad.

¹⁸ Es la posición del bebé en el útero en la que la cabeza se encuentra hacia abajo, orientada hacia la pelvis de la madre.

¹⁹ Es un valor que indica la cantidad de líquido que rodea al feto durante el embarazo.

²⁰ Es una enfermedad que se produce cuando la sangre no tiene suficientes glóbulos rojos o hemoglobina para transportar oxígeno a los tejidos del cuerpo.

²¹ Es un análisis de sangre que mide la respuesta del cuerpo a la glucosa.

la cita previa. Añadió que solicitó curva de tolerancia oral a la glucosa pues QV1 no llevó el estudio requerido en la consulta previa, así como solicitud de biometría hemática, cita en dos semanas y refirió datos de alarma obstétrica, sin especificar cuáles.

35. De acuerdo con la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH, en ambas oportunidades, AR1 prescindió de indagar en los antecedentes ginecológicos, omitió anotar peso previo al embarazo, asentar la medida cuantitativa del líquido amniótico, calcular el riesgo obstétrico, realizar revisión física y el análisis de auxiliares diagnósticos²², efectuar exploración física materna, la altura de fondo uterino, valorar la presentación, posición, situación y actitud del feto, la evaluación de la pelvis materna, solicitar exudado vaginal con frotis²³ y cultivo de antibiograma²⁴, análisis de orina²⁵ para la búsqueda intencionada de proteínas, glucosa y bacterias, urocultivo, grupo y factor Rh²⁶, como parte de los estudios prenatales indispensables e imprescindibles en toda mujer gestante.

36. También prescindió de describir detalladamente los ultrasonidos obstétricos previos en búsqueda de anomalías anatómicas macroscópicas del producto de la gestación, placenta y cordón umbilical; verificar la disonancia de la edad gestacional entre la ecografía y fecha de la última menstruación, practicar un adecuado rastreo ultrasonográfico para indagar la morfología fetoplacentaria²⁷, biometría y estimación

²² Son exámenes, equipos e insumos que se utilizan para apoyar o descartar un diagnóstico médico.

²³ También conocido como frotis vaginal, es un examen que analiza la secreción vaginal para detectar infecciones, como vaginosis bacteriana, tricomoniasis o candidiasis.

²⁴ Es un examen microbiológico que se realiza para identificar microorganismos y determinar su sensibilidad a los antibióticos.

²⁵ Es una prueba que consiste en examinar una muestra de orina para detectar problemas de salud.

²⁶ Son características de la sangre de una persona. El grupo sanguíneo se indica con una letra (A, B u O) y el factor Rh con un símbolo (+ o -).

²⁷ Se refiere a la forma y estructura del feto y la placenta durante el embarazo.

del peso fetal, perfil biofísico²⁸, aplicar Doppler color²⁹ o velocimetría de flujo Doppler³⁰, indicar hematínicos³¹ ante la disminución de la hemoglobina sanguínea; desestimó el peso materno, no envió a QV1 al servicio de Nutrición, ni requirió otra ecografía obstétrica institucional³²; omitió confirmar o descartar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación³³ al presentar un riesgo obstétrico alto por sus antecedentes³⁴, para evitar las complicaciones con las que cursó el binomio durante el parto, como se observó posteriormente.

²⁸ Es una prueba que evalúa la salud del feto durante el embarazo. Se realiza mediante una ecografía y una prueba sin estrés.

²⁹ Es una prueba de ultrasonido que utiliza una computadora para convertir las ondas sonoras en colores que representan la velocidad y dirección del flujo sanguíneo.

³⁰ Es una técnica que mide la velocidad de un objeto en movimiento, como la sangre en los vasos sanguíneos.

³¹ Son fármacos o sustancias que aumentan la cantidad de hemoglobina y glóbulos rojos en la sangre.

³² Localización, biometría y estructura de los componentes fetales, placentarios y cordón umbilical.

³³ Maternos, fetales y placentarios.

³⁴ Obesidad, aumento de peso y edad materna.

37. Por lo anterior, se pudo acreditar que AR1 incumplió con la NOM-007-SSA2-2016³⁵, la NOM-034-SSA2-2013³⁶ y la GPC-IMSS-028-08³⁷.

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

5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

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.

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.

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

5.3.1.17 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.

³⁶ 7.1 En el primer nivel de atención, se debe llevar a cabo el control del embarazo y la identificación oportuna de los factores de riesgo, para que sean enviados para su atención especializada en el segundo o tercer nivel de atención, los casos que así lo requieran.

7.2 En todos los niveles de atención médica, se deben establecer medidas educativas y de promoción de la salud, para disminuir riesgos perinatales y actuar de manera eficaz y oportuna en el caso de mujeres embarazadas con factores y condiciones de riesgo.

³⁷ El examen general de orina se realizará en seguimiento a las 18 - 20 semanas y entre la 32 - 34 semanas de gestación... Es recomendable realizar una historia clínica completa, ordenada que permita identificar todos los factores de riesgo posibles en la persona embarazada... Una estimación precisa de la edad gestacional es extremadamente importante para un cuidado obstétrico óptimo... El examen pélvico durante el embarazo se utiliza para detectar una serie de condiciones clínicas tales como anomalías anatómicas, presencia de infecciones vaginales, evaluar el tamaño de la pelvis (pelvimetría) y evaluar las condiciones clínicas del cuello uterino para poder detectar signos de incompetencia cervical... La medición del fondo uterino constituye una primera herramienta de detección en la persona embarazada con sospecha de alteración en el crecimiento fetal... La evaluación prenatal permite identificar los fetos en riesgo de lesión y muerte intrauterina de modo que la respuesta y el nacimiento oportuno puedan prevenir el progreso hacia una muerte fetal intrauterina o un pronóstico fetal y/o neonatal adverso asociado con asfixia anteparto... La frecuencia de las pruebas prenatales en el feto debe ser individualizada para reflejar el (los) factor (es) riesgo(s) asociado (s) a un embarazo y

38. El 24 de octubre de 2021 a las 18:06 horas, QV1 acudió a consulta externa en el HGR1 siendo atendida nuevamente por AR1, quien no anotó precedentes ginecoobstétricos en la nota de atención médica. Registró somatometría³⁸ con peso y talla que confirmaron la errónea medición de las dimensiones corporales de QV1 realizadas el 03 de octubre de 2021; asimismo, reportó datos que indicaban feto de menor edad por medidas óseas, líquido amniótico de volumen normal sin especificar datos sonográficos de los vasos sanguíneos placentarios, FCF normal, reportó auxiliares clínicos de 13 de septiembre de 2021 y de gabinete de 23 de agosto de 2021, reportados en valoraciones previas. De nueva cuenta refirió que QV1 no llevó los exámenes sanguíneos solicitados en la valoración previa por que solicitó nuevamente curva de tolerancia oral a la glucosa e integró los diagnósticos de embarazo de 39.1 SDG y anemia moderada, así como cita en 6 días y refirió datos de alarma sin especificar cuáles.

39. De acuerdo con la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH, en esta oportunidad, AR1 reiteró las omisiones a la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-034-SSA2-2013 y la GPC-IMSS-028-08, en los mismos términos de las valoraciones previas del 19 de septiembre y 3 de octubre de 2021; añadiendo en esta oportunidad, su abstención de anticipar y tratar cualquier condición irregular e interrumpir el embarazo vía abdominal de ser necesario al detectar alguna anomalía materna y/o fetal con lo que no garantizó la atención pronta y expedita de QV1 y de su producto de la gestación, pues, de haberlo hecho se hubiera percatado de la

corresponder a la percepción del riesgo de asfixia fetal... pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas, y se puede considerar realizarlas a edades gestacionales menores si existen condiciones de muy alto riesgo para la madre y el feto... Para decidir el inicio de las pruebas de evaluación fetal, es recomendable considerar la historia obstétrica materna, la evolución de la gestación, así como la edad gestacional... estudio de flujometría Doppler, se recomienda en aquellos casos en que se sospeche patología placentaria... La persona embarazada con niveles de hemoglobina por debajo de 11 gr/dl son candidatas para recibir terapia con suplemento de hierro...

³⁸ Conjunto de técnicas que se utilizan para medir las dimensiones físicas del cuerpo humano.

patología causante de distocia funicular, es decir, la interrupción total o parcial de la circulación umbilical, lo que desencadenó sufrimiento neonatal que, de prolongarse, conduce a la pérdida del producto de la gestación, causada por compresión de los vasos sanguíneos placentarios, ante la relación posicional anómala entre el cordón umbilical, la parte de presentación fetal y el canal del parto, durante la dinámica uterina que originó asfixia perinatal severa como más tarde se demostró, que ameritaba programación de interrupción del embarazo por vía abdominal; situaciones que además contravienen los numerales 5.5.1 y 5.5.8 de la NOM-007-SSA2-2016³⁹; así como la literatura médica especializada en el tema.⁴⁰

40. Del 25 de octubre al 07 de noviembre de 2021 no hay precedentes de atención médica aportada en el expediente clínico de QV1. Sobre la atención médica del 08 de noviembre de 2021 a las 22:21 horas, se tiene el partograma correspondiente, elaborado por AR2, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y

³⁹ 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.

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.

⁴⁰ “Debemos verificar el bienestar materno y fetal, y diagnosticar si se trata de una paciente de bajo riesgo (embarazo fisiológico) o de alto riesgo (patología materna o fetal). Para ello es necesario revisar la ficha de control prenatal y utilizar la anamnesis, el examen físico y eventualmente algunas pruebas diagnósticas...” (Carvajal 2018) y “...A medida que la salud empeora, aumentan las resistencias de los vasos arteriales y este hecho se observa por una disminución de la diástole en la onda del flujo o por la aparición de un flujo reverso. En la arteria umbilical, estas variaciones son fáciles de apreciar y las especificamos en relación con un deterioro muy grave de la salud fetal e indica la necesidad de extracción inmediata del feto del claustro materno... Otra forma de conocer la salud fetal, también mediante ecografía Doppler, es la medición del cociente entre el índice de resistencia en la ACM y de la AU... las alteraciones en los flujos venosos fetales, tanto en la VU como en el DV son signos más graves y tardíos del deterioro fetal e indican una afectación cardíaca a veces ya de carácter irreversible.

Obstetricia, quien asentó como motivo de consulta “dolor obstétrico”, con embarazo de término de 41.2 SDG por fecha de última menstruación; a la exploración física con presión arterial alta de 130/73 mmHg⁴¹, con fiebre materna de 38°C⁴², con 3 contracciones en 20 minutos, con tono muscular uterino basal⁴³, identificando cabeza del feto encajado en la pelvis, con 3 cm de dilatación, FCF alta de 190 latidos por minuto, siendo datos que evidenciaban feto de menor edad gestacional, placenta totalmente madura de implantación normal, sin detallar datos ecográficos de los vasos sanguíneos de esta, líquido amniótico no cuantificado e integrando los diagnósticos de taquicardia fetal y fiebre en estudio; recabó consentimiento informado de atención obstétrica y método de planificación familiar e indicó pase a labor en la unidad Tocoquirúrgica.

41. AR2 omitió realizar una adecuada estimación del riesgo obstétrico, leer la ficha del control prenatal para identificar datos de peligro para el binomio, practicar un completo rastreo ultrasonográfico ya que no indagó la ubicación del cordón umbilical, ni aplicó Doppler color o velocimetría de flujo Doppler; no revisó el canal de parto para localizar el conjunto de vasos fetoplacentarios, no realizó pruebas de bienestar fetal para evaluar la presencia de alteraciones de la FCF, antes, durante y después de las contracciones uterinas, ecografía, auscultación intermitente del foco fetal⁴⁴, perfil biofísico para indagar un patrón cardiotocográfico anormal, como ocurrió en el caso con el incremento de la FCF identificada, asociados con la compresión del paquete vascular feto placentario⁴⁵; tampoco pidió exámenes de

⁴¹ La presión arterial normal en la mayoría de los adultos es inferior a 120/80 mm Hg.

⁴² En adultos, se considera fiebre cuando la temperatura corporal es de 37.2°C o más.

⁴³ El tono basal es la presión que se ejerce en el útero cuando no hay contracciones.

⁴⁴ Es el proceso de escuchar los latidos del corazón del feto.

⁴⁵ Es el conjunto de vasos sanguíneos que conectan al feto con la placenta. La placenta es un órgano que provee al feto de oxígeno, agua, nutrientes y otros elementos necesarios para su desarrollo.

laboratorio⁴⁶ y estudios sonográficos, ni tomó la presión arterial cada 4 horas con el fin de anticipar y tratar cualquier condición irregular e interrumpir el embarazo vía abdominal urgente de ser necesario al detectar alguna anomalía materna, fetal y/o placentaria, ya que de haberlo realizado, se hubiera percatado de la presencia atípica del cordón umbilical entre la presentación fetal y el cérvix que contraindica la culminación del embarazo vía vaginal y requería la interrupción de la gestación por cesárea urgente ante la variación del patrón hemodinámico fetal, hipertensión arterial materna, la variabilidad del patrón hemodinámico fetal, hipertensión arterial materna, la variabilidad de la relación del producto de la gestación y el cordón umbilical, lo que le ocasionó oclusión total o permanente de la circulación umbilical, lo desencadenando sufrimiento fetal por asfixia perinatal severa⁴⁷.

42. QV1 fue ingresada a la Unidad Tocoquirúrgica una hora y cuatro minutos después de su llegada al HGR1, es decir, a las 00:05 horas del 09 de noviembre de 2021, donde la progresión del trabajo de parto fue atendida por personal médico de quien no fue posible conocer el nombre, por no estar asentado en las notas médicas respectivas. Se pudo conocer oficio de 17 de noviembre de 2022 firmado por AR3, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, en la que refirió que llevó a cabo la supervisión del trabajo de parto, mencionando que QV1 ingresó al servicio a las 22:00 horas, a la exploración física la reportó con cuello central de 2 cm de longitud⁴⁸, 3 cm de dilatación cervical, con presión arterial alta de 128/82

⁴⁶ Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, renal, examen general de orina y determinación de proteinuria cada 6 horas con tira reactiva.

⁴⁷ Es una condición que se produce cuando un feto o recién nacido no recibe suficiente oxígeno o perfusión tisular durante el embarazo, parto o nacimiento.

⁴⁸ Antes del embarazo, el cuello del útero, la parte inferior del útero que se conecta con la vagina, está cerrado y es largo y firme. Durante el embarazo, el cuello del útero se ablanda progresivamente. A medida que tu cuerpo se prepara para el trabajo de parto, el cuello del útero disminuye en longitud, y finalmente se abre cuando la madre se prepara para dar a luz.

mm/Hg, sin borramiento; añadió “recabar laboratorios”. Al respecto, la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH remarcó la discordancia de los cambios cervicales advertidos en la valoración previa y lo escrito en la nota de ingreso a labor, en la que se reiteraba el diagnóstico anterior de “embarazo 39.3 [SDG]...taquicardia fetal/fiebre en estudio”, padecimientos que ameritaban acciones correctivas oportunas e inmediatas, situación que no fue garantizada por AR2 ni por AR3.

43. AR3 revisó la FCF cada treinta minutos de las 24:05 horas hasta las 08:00 horas, con aceleraciones y desaceleraciones de la FCF máxima 162 y mínima 120 latidos por minuto; a las 24:05 horas a la exploración vaginal registró 3 cm de expansión con 80% de acortamiento del cuello uterino; a las 04:17 horas del 09 de noviembre de 2021, AR3 revisó canal vaginal con 6 cm de dilatación con obliteración⁴⁹ del conducto vaginal del 90%; para las 07:20 horas del 09 de noviembre de 2021, QV1 presentó cambios cervicales de 8 cm y 90% de apertura del cérvix, a pesar de que comenzó con dolor obstétrico desde las 19:00 horas del 08 de noviembre de 2021.

44. Para las 07:20 horas del 09 de noviembre del mismo año, es decir, después de 12 horas de haber desencadenado contracciones progresivas y continuas del útero, AR3 en acompañamiento de PIP1, del servicio de Medicina Interna, no efectuó alguna prueba de bienestar fetal pese a que QV1 presentaba un embarazo de alto riesgo y taquicardia fetal al momento de su ingreso; con ello, AR2 y AR3

⁴⁹ Cierre.

incumplieron con la NOM-007-SSA2-2016⁵⁰, la GPC-IMSS-058-08⁵¹, la GPC-IMSS-028-08⁵², la GPC-IMSS-436-19⁵³, la GT21⁵⁴, el LTAAENP⁵⁵, el LTCS⁵⁶ y en la literatura médica especializada en el tema⁵⁷.

⁵⁰ 5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014...

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.

⁵¹ El peso y la mortalidad perinatal parece estar relacionados con las cifras de presión diastólica, y un óptimo crecimiento y pronóstico perinatal se ha observado con presiones diastólicas entre 70 a 80 mmHg y sistólicas de 110mmHg... Es recomendable la identificación de factores personales, cardiovasculares, metabólicos, trombóticos y feto- placentarios, para otorgar tratamientos personalizados que podrían ofrecer una oportunidad para proveer una prevención personalizada de los trastornos hipertensivos del embarazo... El enfoque tradicional de la historia materna logra una tasa de detección de 30% para predicción de preeclampsia severa. Similarmente por si solos, la medición sistemática de la presión arterial media, el índice de pulsatilidad de la arteria uterina, o los marcadores séricos no logran una tasa de detección suficiente como pruebas solas de predicción... Se recomienda la identificación de factores de riesgo maternos, el cálculo de IMC y presión arterial media desde la primera consulta de control prenatal.

⁵² Para decidir el inicio de las pruebas de evaluación fetal, es recomendable considerar la historia obstétrica materna, la evolución de la gestación, así como la edad gestacional... Se recomienda individualizar cada caso acorde a los factores de riesgo mencionados previamente para mal resultado perinatal... El estudio de flujometría Doppler, se recomienda en aquellos casos en que se sospeche patología placentaria. considerando el resultado de estudios previos y la disponibilidad del recurso en cada institución.

⁵³ El prolapso de cordón umbilical es una emergencia obstétrica que puede condicionar asfixia fetal debido a que el cordón umbilical atraviesa el orificio cervical interno y alcanza el canal vaginal antes o al mismo tiempo que la presentación fetal, independientemente de que las membranas amnióticas se encuentren íntegras o rotas... Los principales signos clínicos de prolapso de cordón umbilical son la palpación y/o visualización del cordón umbilical en el canal vaginal, así como la presencia de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte, las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (deceleraciones variables, recurrentes, súbitas y con duración mayor a un minuto), por lo general son el primer signo de prolapso de cordón umbilical... Se recomienda mantener un alto índice de sospecha para prolapso de cordón umbilical cuando se presente un patrón anormal de la frecuencia cardíaca fetal, en especial si se presentan después de la ruptura de membranas o ante la presencia de factores de riesgo... Ante la sospecha de prolapso de cordón umbilical se debe realizar especuloscopia y/o tacto vaginal.

45. QV1 fue ingresada al área de expulsión de la Unidad Tocoquirúrgica a las 08:00 horas del 09 de noviembre de 2021, en el segundo periodo del trabajo de parto, siendo atendida por PSP1, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, en acompañamiento de PMR1, persona médica residente del primer año en el servicio de Ginecología y Obstetricia, quien ante el borramiento y la dilatación completa que presentaba QV1, aunado al descenso de la presentación fetal asentó que detectó “laterocidencia⁵⁸ de cordón”, que era indicativo de emergencia obstétrica, demostrando la falta de vigilancia en la progresión del trabajo de parto por AR2 y AR3. Ante el inminente nacimiento de V2, no fue posible que PSP1 efectuara la interrupción del embarazo vía abdominal, por lo que, previa limpieza exhaustiva de la región vulvoperineal, delimitó la zona genital con campos estériles y llevó a cabo la resolución del embarazo vía vaginal, reportando que se trataba de recién nacida femenina que nació a las 08:10 horas del 09 de noviembre

⁵⁴ Monitoreo de la Actividad Intrauterina (AU)... Como se mencionó anteriormente otra de las funciones del cardiotocógrafo es la de medir las contracciones uterinas, las cuales se pueden registrar simultáneamente a la FCF, este registro puede realizarse en forma interna o externa...

⁵⁵ 10.5. Evaluará a la mujer y determinará la fase del trabajo de parto en que se encuentra y decide, de acuerdo con las condiciones materno-fetales y en conjunto con la mujer, el ingreso a la sala de pre-labor (en caso de disponer de dicha área en el hospital) o labor, para continuar la atención del trabajo de parto.

⁵⁶ La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina... La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas.

⁵⁷ Artículo 7. Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

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

⁵⁸ El prolapso del cordón umbilical es la posición anormal del cordón por delante o lateral a la presentación fetal. Es una emergencia obstétrica porque la compresión del cordón puede comprometer la oxigenación fetal. Prolapso tipo I o laterocidencia: En esta situación el cordón no llega a sobrepasar la presentación fetal, pero se sitúa lateralmente a ésta, pudiendo ocasionar igualmente compresión.

de 2021, “se obtiene producto que no llora y no respira al nacer”; pinzó y cortó cordón umbilical y entregó a la recién nacida a personal médico pediatra para maniobras de reanimación avanzadas.

46. En la misma atención, PSP1 efectuó la extracción placentaria dirigida⁵⁹ y limpieza de cavidad uterina; revisó canal vaginal detectando sangrado por desgarro de segundo grado⁶⁰ en área perineal que reparó mediante sutura, finalizando asistencia ginecológica con adecuada involución uterina por debajo de cicatriz umbilical⁶¹, sangrado escaso, dándola de alta al área de recuperación e indicó vigilancia postparto, permaneciendo QV1 asintomática y estable en el área de recuperación de la unidad tocoquirúrgica, llevada a piso de Ginecología y Obstetricia en sus primeras horas de puerperio fisiológica⁶²; siendo acciones adecuadas, de acuerdo con la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH.

47. QV1 fue internada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HGR1, siendo recibida por PIP2, persona médica de Pregrado del servicio de Medicina Interna, sin la supervisión de personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, reportándola con escaso sangrado transvaginal, a la exploración física con presión arterial normal, sin datos de dolor abdominal, con salida de loquios hemáticos⁶³ no fétidos, por lo que asentó prealta. Al día siguiente, el 10 de noviembre de 2021 a las 11:00 horas, QV1 fue valorada por PSP2, personal médico adscrito al servicio de

⁵⁹ Después del nacimiento, la placenta generalmente se desprende dentro de la siguiente media hora. A veces, sin embargo, el alumbramiento de la placenta se retrasa o queda un trozo de placenta en el útero.

⁶⁰ Es una lesión que afecta la piel y los músculos del perineo, la zona entre el recto y el orificio vaginal.

⁶¹ Útero regresando a su ubicación anatómica antes del embarazo.

⁶² Periodo adaptativo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta la aparición de la primera menstruación.

⁶³ Son el sangrado vaginal que se produce después del parto y que está compuesto por sangre. Son un fenómeno fisiológico normal que ayuda a eliminar los restos del embarazo y el parto.

Ginecología y Obstetricia, quien la reportó con signos vitales en parámetros normales, con salida de loquios escasos no fétidos, por lo que integró el diagnóstico de puerperio fisiológico; por mejoría clínica y favorable evolución postparto, QV1 fue dada de alta a su domicilio con indicación de cita en 7 días al primer nivel de atención para vigilancia del puerperio fisiológico complicado por muerte fetal, siendo acciones adecuadas, acorde con la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH.

48. Por las anteriores consideraciones, se pudo corroborar que AR1, AR2 y AR3 brindaron una inadecuada atención médica a QV1 vulnerando su derecho humano a la protección de la salud materna, así como el inadecuado seguimiento al bienestar del producto de la gestación que trascendió al fallecimiento de V2, vulnerando con ello, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas CEDAW)⁶⁴, la Observación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva⁶⁵, el acuerdo No. 43 del Consenso de

⁶⁴ Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán 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, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

⁶⁵ 21. Los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Esto requiere un personal de atención de la salud formado y capacitado, así como medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado. El hecho de no incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como los medicamentos en relación con el aborto, la asistencia médica para la procreación y los avances en el tratamiento del VIH y el sida, pone en peligro la calidad de la atención.

Montevideo⁶⁶, la CPEUM⁶⁷, la LGS⁶⁸, el Reglamento de la LGS⁶⁹, y el Reglamento IMSS⁷⁰.

⁶⁶ 43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida...

⁶⁷ Artículo 4o.- ... Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

⁶⁸ Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

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

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; ...

Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

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 competente.

⁶⁹ Artículo 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I.- Atención Médica. - El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal; Artículo 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 26.- 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 oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.

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

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA TIPO OBSTÉTRICA

49. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define la violencia contra las mujeres como: *“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”*.

50. La “Convención de Belém do Pará”, es el primer instrumento internacional que reconoce que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia; así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos. Además de plasmar la definición de violencia contra las mujeres como: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.”*⁷¹ Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

51. Asimismo, la violencia institucional ha sido definida por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como los actos u omisiones de

Artículo 115 Bis 1.- Para efectos del presente Capítulo, además de las definiciones previstas en este Reglamento, se entenderá por:

I. Atención de la Urgencia Obstétrica: Los servicios de atención médica que deben brindarse a la mujer que presente una Urgencia Obstétrica, por el personal médico de las Unidades Hospitalarias. Dichos servicios deberán prestarse de manera inmediata, continua y de calidad, las veinticuatro horas del día, todos los días del año;

⁷⁰ Artículo 7. Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

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

⁷¹ Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”).

las personas servidoras públicas de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

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

52. Se pudo constatar que AR1, AR2 y AR3 fueron omisos en atender de manera adecuada a QV1, de conformidad con la normativa y literatura médicas para la debida atención de su salud materna, al no salvaguardar de manera diligente las expectativas reales de desarrollo de su embarazo; en ese sentido, se pudo apreciar la falta de comunicación de calidad entre el personal médico del HGR1 y QV1, quien después de ocurrir los hechos violatorios, persistió con múltiples dudas respecto a la verdad de lo sucedido.

53. Relacionado a ello, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, brinda preceptos que son aplicables a casos como el de QV1, al establecer el deber del personal médico de mantener una comunicación de calidad con la paciente, que le permita disipar sus miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, mostrar comprensión apoyo, y respeto, acciones que no ocurrieron en el caso.

54. El IMSS no acreditó que AR1, AR2 y AR3 favorecieran un estado emocional positivo en QV1, evitando usar lenguaje técnico en las explicaciones médicas sobre su embarazo y padecimientos; conociendo sus expectativas sobre el desarrollo de su embarazo; ofreciendo información de manera comprensible y pertinente;

escuchando y atendiendo sus necesidades emocionales; disipando ideas erróneas; obteniendo el consentimiento de QV1, de ser revisada por personal médico en formación; siendo omisiones contrarias a la mencionada guía, lo que se traduce en la falta de apoyo continuo⁷² a QV1 por parte del personal médico del HGR1, como un deber fundamental en la atención médica materna con perspectiva de género.

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

56. Por ello, el actuar de AR1, AR2 y AR3 fue desprovisto de perspectiva de género pues, en sus intervenciones, se pudo corroborar que no brindaron a QV1, servicios de salud materna con atención calidad, sensible, empática, digna, de calidad, profesional, legal y disciplinada, pues sus acciones no fueron guiadas con la finalidad de salvaguardar su bienestar, ni de su producto de la gestación, brindando al binomio materno fetal un tratamiento médico óptimo de acuerdo a sus necesidades; tampoco se estimaron los factores de riesgo que presentó desde el primer momento, ni se tomó en consideración su sentir, sus preocupaciones,

⁷² El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.

acreditándose además, que la atención médica que se le brindó en el HGR1 fue inadecuada desde su ingreso a esa Unidad Médica, en el marco de su control prenatal y la atención de su parto.

C. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA EN LA NIÑEZ DE V2

57. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser 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, 43 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 1 fracción I y II, 6 fracción VI y 14 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

58. 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 los medios que los garanticen.

59. En el caso de recién nacidos, el derecho a la vida tiene elementos más profundos que solo su respeto; el artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, hace referencia al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño, por lo que se pide a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir

la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil; así como crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

C.1. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V2

60. En la Opinión Médica se determinó que AR1, AR2 y AR3 brindaron una inadecuada atención médica a QV1 durante el control prenatal y la vigilancia del parto, lo que desencadenó complicaciones perinatales que provocaron que V2 naciera con padecimientos graves y mortales “hipertensión pulmonar severa” y asfixia perinatal”, ya que omitieron distinguir circunstancias peligrosas de patología materna, fetal y placentarios, los cuales debieron ser detectados, prevenidos y corregidos mediante estrategias de prevención para alcanzar el nacimiento de un producto vivo y sano, lo que en este caso no ocurrió y finalizó con la pérdida de la vida de V2.

61. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3, vulneraron el derecho a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia obstétrica y como consecuencia de ello a la vida de V2, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

D. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2

62. Principio que se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo noveno de la Constitución Política, que prevé que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio, a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

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

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

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

66. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24.1, establece que:

Todo niño tiene derecho (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

67. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que:

(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona.

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

Se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior, el interés superior del menor es un concepto triple, al ser un derecho sustantivo; un principio jurídico interpretativo fundamental; y una norma de procedimiento. Dicho derecho prescribe que se observe en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño, lo que significa que, en cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. Las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas en esferas relativas a la salud deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él y como algo primordial requiere tomar

conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses.

69. Por otra parte, la protección más amplia de las niñas, niños y adolescentes no sólo consiste en protegerles cuando exista un daño causado, sino prevenir cualquier situación que lo ponga en peligro.

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

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

- a) Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas;
- b) Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios; y
- c) Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.

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

D.1. VULNERACIÓN DEL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2

73. Con base en lo anterior, AR1, AR2 y AR3 personal médico adscrito al HGR1 brindó un inadecuado seguimiento al bienestar del producto de la gestación al no tener en cuenta que se trataba de una persona en una condición de vulnerabilidad por tratarse de un embarazo de riesgo por las concomitantes que presentó QV1 durante su embarazo y la falta de vigilancia del trabajo de parto, la cual ameritaba atención inmediata para prevenir complicaciones durante el parto; sin embargo, ante la falta de atención idónea y de calidad que estaba obligada a brindarle, tuvo como consecuencia el fallecimiento de V2.

74. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 transgredieron los derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia obstétrica de QV1 y como consecuencia de ello a la vida y al interés superior de la niñez de V2, previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 4°, párrafos cuarto y noveno de la CPEUM; 6°, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2, inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la LGS; los que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en las que se encuentren relacionados niños, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

E. CONSIDERACIONES SOBRE EL FALLECIMIENTO DE V2 Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO A DECIDIR DE QV1

75. En el análisis realizado en la Observación del derecho humano a la protección de la salud materna de QV1 de esta Recomendación, se concluyó que la vigilancia del control prenatal que realizó AR1 fue deficiente al omitir calcular el riesgo obstétrico por el que cursaba el embarazo de QV1 con motivo el embarazo de alto riesgo que presentaba, aunado a que omitió realizar los estudios prenatales indispensables e imprescindibles en toda mujer gestante, así como describir detalladamente los ultrasonidos obstétricos en búsqueda de anomalías anatómicas macroscópicas del producto de la gestación, placenta y cordón umbilical no percatándose de la patología causante de distocia funicular.

76. Asimismo, se tiene acreditado que AR2 y AR3 omitieron realizar una adecuada estimación del riesgo obstétrico con lo detectado en la exploración física, leer la ficha del control prenatal para identificar datos de peligro para el binomio, practicar un completo rastreo ultrasonográfico, al no indagar la ubicación del cordón umbilical ni aplicar Doppler color o la velocimetría de flujo Doppler; en la revisión del canal de parto, omitieron buscar localización del conjunto de vasos feto-placentarios, realizar pruebas de bienestar fetal para indagar un patrón cardiotocográfico anormal, como lo fue el incremento de la frecuencia cardíaca del producto de la gestación documentado; acciones y omisiones con las cuales se acreditó la vulneración del derecho de salud materna de QV1 durante su embarazo por parte de AR1, AR2 y AR3.

77. Con relación a la atención que V2 recibió en el HGR1 desde su nacimiento, se pudo analizar hoja de Pediatría del recién nacido, nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y el certificado de defunción, en las que se hizo

constar que V2 nació a las 08:10 horas del 09 de noviembre de 2021 por interrupción del embarazo vaginal, el cual cursó con emergencia obstétrica por “prociencia de cordón umbilical⁷³”, detectada durante el segundo periodo del parto, cuando ya fue inminente la expulsión del feto por el cuello uterino. V2 nació con apnea⁷⁴, por lo que le brindaron los pasos iniciales de reanimación, sin mejoría, con frecuencia cardíaca neonatal menor de 60 latidos por minuto⁷⁵, suministró oxígeno suplementario con presión positiva⁷⁶, sin respuesta favorable ante la inminente falla respiratoria severa, por lo que aseguró la vía aérea⁷⁷; ante la persistencia de la disminución de la frecuencia cardíaca, empleó compresiones torácicas, logrando reestablecer la frecuencia cardíaca de V2 a más de 100 latidos por minuto.

78. Además, ese personal médico documentó radiográficamente neumotórax derecho⁷⁸ y gasometría asfixia neonatal, por lo que integraron los diagnósticos de recién nacida de término de 41 SDG, con peso adecuado para su edad gestacional, con “asfixia neonatal/posparo”, por lo que ameritó uso de aminérgico⁷⁹, antibióticos, protector de tejido cerebral⁸⁰ e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos

⁷³ La prociencia de cordón umbilical, también conocida como prolapso de cordón, es una complicación obstétrica que ocurre cuando el cordón umbilical se desliza por delante del feto y sale por el cuello uterino. Es una emergencia que puede poner en riesgo la vida del bebé.

⁷⁴ Es una pausa en la respiración que dura al menos 10 segundos. Puede ser un trastorno del sueño o una manifestación de convulsiones en recién nacidos.

⁷⁵ Normal: 110-160.

⁷⁶ Es un tratamiento respiratorio que consiste en suministrar aire o una mezcla de oxígeno a los pulmones a través de una mascarilla. Este tratamiento se realiza con una máquina que bombea aire a presión controlada.

⁷⁷ Para asegurar la vía aérea, se pueden utilizar técnicas como la intubación endotraqueal, la ventilación con mascarilla facial o la inserción de una mascarilla laríngea.

⁷⁸ Presencia de aire entre las superficies parietal y visceral de la capa que protege y cubre el pulmón.

⁷⁹ Son sustancias que actúan como neurotransmisores y que contienen el grupo radical NH₂. Se depositan en las hendiduras sinápticas, donde pueden iniciar o inhibir los potenciales de acción postsinápticos.

⁸⁰ Los medicamentos neuroprotectores son sustancias que previenen, reducen o retrasan los procesos neurodegenerativos. Se utilizan para tratar lesiones cerebrales o medulares, como las causadas por accidentes cerebrovasculares, convulsiones o traumatismos.

Neonatales, donde se le brindaron cuidados continuos y especializados, permaneciendo con signos de disfunción cardíaca severa⁸¹, tensión arterial baja, desaturación desde su nacimiento⁸² con descenso de la frecuencia cardíaca que evolucionó a la ausencia de la actividad eléctrica del corazón⁸³, iniciando inmediatamente maniobras de reanimación avanzada sin que se obtuviera respuesta favorable para el retorno de la circulación sanguínea, declarando la hora del deceso de V2 a las 01:00 horas del 10 de noviembre de 2021, teniendo como causas hipertensión pulmonar severa⁸⁴ y asfixia perinatal, mismas que se cotejaron en el certificado de defunción y que son padecimientos graves y mortales, que aunque fueron identificados y tratados, V2 no presentó mejoría ante la terapéutica brindada ni al cuidado intensivo.

79. En los hechos analizados se pudo constatar que los actos y omisiones del personal médico de la HGR1 vulneraron el derecho humano de QV1 al acceso al nivel más alto de salud materna con relación a su decisión de procrear, teniendo un impacto específico en el bienestar de su producto de la gestación, que derivó en afectaciones en la salud de V2 y su posterior fallecimiento; en ese marco, si bien la atención que se le brindó a V2 en el referido Hospital desde su nacimiento fue adecuada, desde ese momento, también, padeció de los efectos de los hechos violatorios sufridos por QV1, los cuales derivaron en su fallecimiento, siendo responsables de ello AR1, AR2 y AR3.

⁸¹ También conocida como insuficiencia cardíaca, es una afección en la que el corazón no puede bombear suficiente sangre rica en oxígeno al cuerpo.

⁸² También conocida como hipoxia, es una condición en la que la cantidad de oxígeno en la sangre es menor a lo normal.

⁸³ Se llama asistolia. Es una condición grave que puede provocar daño cerebral o la muerte.

⁸⁴ Es una enfermedad grave que se produce cuando la presión arterial en los pulmones es anormalmente alta.

80. Es importante precisar que, casos como el de QV1 y V2, las principales afectaciones a la infancia ocurren durante la atención del embarazo y el parto de las mujeres y personas gestantes, es por ello que el análisis de la pérdida del bienestar fetal se realiza desde la práctica médica implementada en beneficio del binomio materno fetal, no a la par, sino entendiendo al producto de la gestación como elemento inherente y fundamental de los derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia obstétrica de las mujeres y personas gestantes.

81. Lo anterior no resta importancia alguna, a la debida diligencia que debe implementar el personal médico para salvaguardar las expectativas reales de desarrollo del producto de la gestación, pues el favorecimiento de ese desarrollo con una atención médica legal, profesional y disciplinada forma parte del derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes que acuden a recibir una adecuada atención médica materna, como derechos humanos conformantes de sus derechos reproductivos.

82. Al respecto, esta CNDH ha señalado que:

[E]l derecho a decidir ... permite analizar el derecho de toda mujer y persona con capacidad de gestar de gozar de forma plena de su maternidad o de acceder a los servicios médicos del Estado para la realización de un aborto seguro, desde el cumplimiento de los deberes del estado de generar un cumplimiento efectivo de la igualdad formal y material entre las mujeres y hombres ⁸⁵.

⁸⁵ CNDH, Recomendación 269/2023, 30 de noviembre de 2023. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-12/REC_2023_269.pdf

83. Lo que resalta la doble dualidad de este derecho, para el ejercicio de las mujeres y personas gestantes de sus derechos reproductivos. Por lo anterior, cuando el derecho a decidir de la mujer o persona gestante, se ejerce a través del acceso a los servicios de salud materna del Estado, la autoridad debe garantizar su acceso al nivel más alto posible de salud materna y de preservar las expectativas reales de desarrollo de su producto de la gestación; es decir, le es exigible un resultado obstétrico acorde con la decisión de la mujer o persona gestante y a sus condiciones clínicas, cuyos efectos tienen trascendencia en la salud y vida de la persona neonata.

84. Por ello, en casos como el de QV1, en los que sólo existen nexos causales de responsabilidad de las personas autoridades responsables, respecto a la vulneración de los derechos de protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de la madre, con trascendencia a los derechos humanos de la persona infante, con independencia de que posterior a su nacimiento se le brinde una adecuada atención médica, existe la exigibilidad de garantía del interés superior de la niñez, como un principio rector, administrativo y constitucional, de la práctica médica en el servicio público, derivado y condicionado por el derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar, fundado en el deber que tiene toda persona servidora pública de respetar y garantizar los derechos humanos con perspectiva de género, cómo eje rector derivado de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

85. En ese sentido, la Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH concluyó que la hipertensión pulmonar severa y asfixia perinatal que derivaron en el fallecimiento de V2, se desencadenaron derivadas de las complicaciones perinatales que V2 sufrió durante el trabajo de parto de QV1, que no fue resuelto

inmediatamente, el deficiente control prenatal en el HGR1, que le ocasionaron un estado de salud sumamente grave que originó su deceso; añadió que, aunque muchos de los componentes que conformaron los eventos analizados en esta Recomendación, el control prenatal y la vigilancia del trabajo de parto permiten distinguir circunstancias peligrosas tanto de la patología materna, fetal y placentarios, los cuales debieran ser detectados, prevenidos y corregidos, mediante estrategias de prevención para alcanzar el nacimiento de un producto vivo y sano, lo que en el caso de V2 no ocurrió y finalizó con su fallecimiento.

86. En esa tesitura, se pudo constatar que los hechos descritos afectaron de manera conjunta el bienestar de QV1 y V2 siendo circunstancias que vulneraron al disfrute de servicios de salud de calidad de QV1 y trascendieron al derecho a la vida de V2, situación que fue generada por un control prenatal y atención del parto inadecuados, es decir, acciones y omisiones sufridas por el binomio materno fetal; por ello, pese a que los efectos de dichas acciones y omisiones fueron resentidas por el binomio materno fetal, al existir efectos directos en el bienestar de V2, por omitir AR1, AR2 y AR3 salvaguardar el bienestar del producto de la gestación, como una garantía del interés superior de la niñez en el acceso a los servicios de salud reproductiva⁸⁶ del Estado, esta CNDH acreditó su responsabilidad al generar condiciones adversas para la supervivencia y desarrollo de V2.

⁸⁶ Los derechos reproductivos son derechos humanos que están reconocidos en leyes nacionales, instrumentos internacionales y en otros documentos legales y doctrinales adoptados por consenso generalizado. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijas o hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. Véase Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995), en el mismo sentido CrIDH Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr 148.

F. DERECHO AL PROYECTO DE VIDA

87. El proyecto de vida ha sido considerado por la CrIDH, como:

(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse, razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. El proyecto de vida se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales (...).⁸⁷

88. La CrIDH se ha referido al daño en el proyecto de vida como aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable”*⁸⁸. También ha señalado que dicho daño se deriva de las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional⁸⁹.

89. Asimismo, ha precisado que la reparación integral del daño al “proyecto de vida” generalmente requiere medidas reparatorias que vayan más allá de una mera indemnización monetaria, consistentes en medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición,⁹⁰ con una perspectiva especial que tome en consideración los factores interseccionales que coloquen a la víctima en una situación de vulnerabilidad diferenciada. En algunos casos recientes la CrIDH ha valorado este tipo de daño y lo ha reparado. De igual forma ha observado que

⁸⁷ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.”, párrafos 308.

⁸⁸ Ídem. párrafos 308.

⁸⁹ Caso Furlan y Familiares Vs Argentina. (Excepciones Preliminares), Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 285.

⁹⁰ Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.

algunas Altas Cortes Nacionales reconocen daños relativamente similares asociados a la “vida de relación” u otros conceptos análogos o complementarios⁹¹.

F.1. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1, VI1, VI2 y VI3

90. Se pudo constatar que QV1 padeció actos y omisiones por parte de personal médico del IMSS en el marco de la protección a su salud materna que trascendieron al bienestar de su producto de la gestación y posteriores complicaciones perinatales de V2 que condicionaron su fallecimiento, esta injerencia arbitraria, tuvo consecuencias en QV1 y VI1 impidiendo gravemente la realización en la referida expectativa de desarrollo personal y familiar factibles en condiciones normales, al tener efectos irreparables o muy difícilmente reparables⁹² para el cumplimiento de su proyecto y/o expectativa de ser personas progenitoras, viendo su libertad de decisión alterada por factores ajenos a ella y a él, que les fueron impuestos de manera arbitraria.

91. Por comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QV1 el 12 de diciembre de 2024, se pudo conocer que, al ocurrir los hechos, durante cinco

⁹¹ Ídem.

⁹² La CrIDH ha referido que “los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado, y por ende alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses. Vid. CrIDH, Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párr. 150. En el mismo sentido, voto parcialmente disidente del juez Carlos Vicente de Roux Rengifo sobre el mismo caso, que refirió, que las alteraciones de las condiciones de existencia son modificaciones del entorno objetivo de la víctima...que suelen prolongarse en el tiempo mucho más allá del momento en que cesan la aflicción ocasionada por el hecho dañino. No toda modificación de las condiciones de existencia merece ser indemnizada. Debe tratarse de daños de mucha entidad.

días VI1, VI2 y VI3 se tuvieron que ausentar de su trabajo para cuidar a QV1, razón por la que VI3 casi pierde el trabajo. Asimismo, señaló que actualmente, ella, así como VI1 y VI3 aún se encuentran muy afectados emocionalmente por la pérdida de V2, ya que la esperaban con mucha ilusión y alegría por ser la primogénita; informó que toda su familia le apoyó con los gastos funerarios de V2 y que no ha tomado terapia ni ha podido sobreponerse, aunque VI1 la ha ayudado, aún se siente muy triste, por lo que externó su deseo de que el personal del HGR1 se capacite los hechos que padeció no los sufran otras personas.

92. En el caso de VI2 y VI3, el deber de cuidado ejercido es relevante, pues permite visibilizar la carga histórica, social y cultural que atribuye a las mujeres y personas con capacidad de gestar, como una carga impuesta, el deber de cuidado de niñas, niños y adolescentes, y como el derecho al cuidado y la protección familiar, de acuerdo con el imaginario colectivo⁹³ está asociado a mujeres y personas con capacidad de gestar de las familias mexicanas, cabiendo añadir que la SCJN ha referido que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen el derecho a no ser forzadas a cuidar por mandatos de género, al ser en ellas en quienes recae preponderantemente las labores de cuidado⁹⁴.

93. QV1, en conjunto con VI1, como pareja, habían decidido integrar a una nueva persona a su familia, no obstante, a raíz de los hechos y como consecuencia de la pérdida de V2, con motivo de la inadecuada atención médica brindada a QV1 en el HGR1, se generó una afectación que, de manera indirecta, repercutió en VI1 quien, como fue referido, previo y posterior a los hechos ha mantenido una participación

⁹³ “[F]iguras interpretativas de nuestro entorno que le otorgan plausibilidad a una determinada interpretación de la realidad social, en la medida que dicha interpretación —en sus grandes rasgos— es socialmente compartida” (Duarte, 2015: 23).

⁹⁴ SCJN, Comunicados de Prensa, Op.Cit.

activa en el cuidado de QV1, en consecuencia esta Comisión Nacional le reconoce su calidad de víctima indirecta⁹⁵; en el mismo sentido, en el Amparo en Revisión 581/2022 la SCJN refirió que un elemento para reconocer la calidad de víctima indirecta es la participación activa en el cuidado de la víctima directa, previamente al hecho y posterior al hecho que causó la violación a los derechos humanos, situación que se acredita principalmente a familiares directos de la víctima, como es el caso de VI1, VI2 y VI3 respecto a QV1; por ello esta CNDH ha acreditado también, afectaciones al proyecto de vida de VI2 y VI3.⁹⁶

94. La afectación al proyecto de vida tiene relación con el impacto que los hechos violatorios tienen en la realización integral de las víctimas de esos hechos y como los mismos influirán necesariamente, de forma permanente, en sus decisiones personales y profesionales que, con motivo de sus potencialidades y aspiraciones, les obstaculicen fijar y acceder razonablemente a sus expectativas; impacto que se ve afectado por otro tipo de factores interseccionales, como el sexo, la condición económica, el nivel de educación, el estado civil, entre otros; por ello, las consideraciones expuestas en esta observación, deberán ser estimadas por la CEAV, en la emisión del dictamen de reparación integral del daño de QV1, VI1 y VI3 que para tal efecto determiné.

⁹⁵ La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo en Revisión 581/2022, párrafo 116.

https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-02/AR-581-2022-28022023.pdf

⁹⁶ La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo en Revisión 581/2022, párrafo 116. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-02/AR-581-2022-28022023.pdf

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

95. De acuerdo con la CrIDH, la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado⁹⁷.

96. En ese sentido la Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene que “[l]a accesibilidad de la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

97. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que “la debida integración de un expediente 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 concerniente acerca de su salud y conocer la verdad”.⁹⁸

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

⁹⁷ CrIDH. Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022. Serie C No. 469., párr. 234.

⁹⁸ CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.

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

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

99. La Opinión Especializada en materia de Medicina de esta CNDH advirtió que el expediente clínico de QV1 no cuenta con documentales dentro del clínico analizado que acrediten la atención y evolución clínica del embarazo de QV1 en el periodo comprendido del 23 de enero de 2021 al 18 de septiembre de 2021, por lo cual se desconoce con quién y en dónde llevó su atención perinatal durante los meses referidos; también indicó que, con respecto a la atención médica proporcionada el 06 de noviembre de 2021 en el HGR1, personal del IMSS informó que “no existe evidencia correspondiente a los días 6 y 7 de noviembre de 2021, de atención médica otorgada a...[QV1]”, por lo que no se pudo emitir opinión médica al respecto.

100. Finalmente es importante referir que, en el expediente clínico de QV1 sobre la atención que le fue brindada en el HGR1, se pudieron advertir notas medicas sin la referencia del nombre, firma, servicio, número de matrícula o cédula del personal médico de la elaboró⁹⁹; con número de cédula y/o matricula ilegible¹⁰⁰, con nombre

⁹⁹ Nota de atención médica de 19 de septiembre de 2024, a las 03:39 p.m. (foja 30); nota de atención médica de 3 de octubre de 2024, a las 05:09 p.m. (foja 31); hoja de vigilancia de parto de 8 de noviembre de 2021 a las 22:21 horas (foja 38); nota de ingreso a Servicio de Ginecología y Obstetricia de 9 de noviembre de 2021 (foja 39);

¹⁰⁰ Hoja de alta hospitalaria de 10 de noviembre de 2021, a las 11:00 horas (foja 33);

incompleto¹⁰¹; omisiones que, si bien no tuvieron un impacto en la salud física o psicológica de QV1, transgreden la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico¹⁰² y constituyen una mala práctica administrativa que impacta el elemento de accesibilidad del derecho al nivel más alto de salud posible de QV1 y conocer la verdad sobre los hechos.

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

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

¹⁰¹ Nota de atención médica de 3 de octubre de 2024, a las 05:09 p.m. (foja 31); nota de ingreso a Servicio de Ginecología y Obstetricia de 9 de noviembre de 2021 (foja 39); hoja de labor a tococirugía de 9 de noviembre de 2021, a las 09:00 horas (foja 41); hoja de ingreso a piso de ginecología de 9 de noviembre de 2021 elaborada por PSP3 (foja 42); entre otras.

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

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

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

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

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

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

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

103. Esta CNDH acreditó que AR1, AR2 y AR3 personal médico adscrito al HGR1 en el desarrollo de los hechos referidos, incurrieron en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de QV1 y V2 de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, y con ello no se apegaron a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, al no garantizar, de conformidad con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de QV1; a la protección de la vida e interés superior de la niñez de V2; así como al proyecto de vida de QV1, VI1, VI2 y VI3, mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

104. En la atención del 24 de octubre de 2021 a las 18:06 horas, AR1 omitió determinar el riesgo obstétrico, efectuar interrogatorio y la exploración obstétrica completa, verificar en el ultrasonido la anatomía fetoplacentaria, realizar pruebas de bienestar fetal, pues de haberlo hecho como era indicado, se hubiera percatado de la patología causante de la distocia funicular, lo que desencadenó sufrimiento neonatal causado por compresión de los vasos sanguíneos placentarios durante la dinámica uterina, dicha condición contraindicaba la culminación de la gravidez vía vaginal y requería la interrupción de la gestación por cesárea programada.

105. El 08 de noviembre de 2021, AR2 desestimó el aumento de la presión arterial materna y la frecuencia cardiaca fetal y con ello omitió considerar que el embarazo de QV1 ameritaba su culminación urgente por vía abdominal; en la misma fecha, QV1 fue ingresada a la Unidad Tocoquirúrgica, siendo valorada por AR3, quien efectuó la progresión de su trabajo de parto, omitiendo determinar el riesgo obstétrico que presentaba, vigilar estrecha y adecuadamente al binomio materno-fetal, revisión del cérvix en búsqueda de la localización del cordón umbilical, realizar pruebas de bienestar fetal, supervisar cambios en el sistema cardiovascular del feto ante la compresión del paquete vascular feto placentario que contraindicaba el parto vaginal y ameritaba la interrupción del embarazo sin demora vía abdominal, al presentar una emergencia obstétrica que no fue detectada por AR2 ni AR3.

106. Durante el control prenatal a partir de la semana 34.1 de la gestación, AR1 y AR2 desestimaron las concomitantes con las que cursó el embarazo QV1¹⁰³ y omitieron interrogar los antecedentes prenatales minuciosamente e indicar los auxiliares diagnósticos correspondientes al trimestre de la gestación y los faltantes en los meses previos, lo que ocasionó complicaciones perinatales durante el trabajo de parto provocando que V2 al momento de nacer presentara hipertensión pulmonar severa y asfixia perinatal, lo que originó su deceso.

107. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público previstos en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así

¹⁰³ Obesidad, aumento de peso y edad materna.

como el de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la CPEUM.

108. De ahí que, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentó vista administrativa ante el OIC-IMSS radicándose el EA, por lo que el IMSS deberá colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento del citado expediente administrativo, a fin de que, en ejercicio de sus atribuciones, dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

109. Ante este respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo de Investigación, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

110. El artículo 1° de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley; en el mismo sentido, el artículo 1 de la Convención Americana de Derechos Humanos señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio, a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

111. Estas obligaciones generales y específicas no solo rigen a las personas servidoras servidores públicas en su actuación pública, sino también a las

Instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de las personas servidoras públicas.

112. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el Sistema de las Naciones Unidas.

113. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos; estas obligaciones adquieren especial valor cuando los hechos violatorios afectan a grupos históricamente excluidos o en desventaja, como en el caso, de las mujeres y personas con capacidad de gestar que buscan acceder a servicios de salud de calidad que les permita el más alto disfrute de su salud materna.

114. El IMSS es responsable institucionalmente, al no garantizar mecanismos que contribuye eficazmente a ofrecer servicios de calidad que aseguren una atención integral que contribuyendo a prevenir y disminuir la mortalidad materna y perinatal; además, está CNDH identificó prácticas y omisiones recurrentes por parte del

personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico¹⁰⁴, mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud.

115. En ese sentido se pudo documentar que la integración del expediente clínico carece en algunas notas del nombre completo de quien la efectúa o bien el personal médico de posgrado actúa si la supervisión del médico adscrito al área correspondiente; por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no garantizar el acceso de QV1 a la protección de su salud materna, en un entorno libre de violencia, lo que condicionó la pérdida del bienestar fetal y trascendió a la protección de la vida de V2; así como al ser omisa en prever todas aquellas acciones necesarias, para evitar la violación a los derechos humanos de las personas derechohabientes para el fomento adecuado de una cultura de paz y de derechos humanos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

116. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la LGV, prevé la posibilidad de

¹⁰⁴ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”.

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 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.

117. 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 [...]”.¹⁰⁵

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, II y IV; 7 fracciones I, II, III, VI, VII, XIX y XXIII; 26, 27 fracciones II, III, IV, V y VI; 62 fracción I, 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VIII; 75 fracción IV; 88 fracciones II, XXIII y XXVII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I y párrafo segundo; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la LGV; y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica y al acceso a la información en materia de salud de QV1; a la protección de la vida e interés superior de la niñez de V2; así como al

¹⁰⁵ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

proyecto de vida de QV1, VI1, VI2 y VI3, este Organismo Nacional le reconoce a QV1, V2, VI1, VI2 y VI3 su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV1, VI1 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la LGV.

119. Las presentes medidas se piensan para generar un cambio en la realidad cotidiana, no solo de las víctimas, sino también de las mujeres y personas gestantes que acceden a los servicios de salud materna en el HGR1. Por tal motivo las mismas deben tener una vocación transformadora, pues sería injusto restituir a las víctimas a la misma situación dónde rigen relaciones sociales y políticas que han perpetuado discriminación estructural y violencia¹⁰⁶.

120. En ese contexto, esta CNDH determina que, al acreditarse violaciones a los derechos humanos de QV1, V2, VI1, VI2 y VI3 el IMSS deberá reparar integralmente el daño ocasionado en los términos siguientes:

i) Medidas de rehabilitación

121. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares el hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II, y 62, fracción I, de la LGV, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido,

¹⁰⁶ CrIDH, Caso González y Otras (Campo Algodonero) Vs. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C, No. 205, párr. 450.

incluyendo la rehabilitación *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

122. Por ello, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV el IMSS deberá brindar a QV1 la atención psicológica y/o tanatológica que requiera, así como a VI1 y VI3 la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de así requerirla, por los hechos, la cual deberá otorgarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se les deberá de dejar cita abierta, 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.

ii) Medidas de compensación

123. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27 fracción III, 64 fracciones I y II, a 72 de la LGV y consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas, como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

124. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1, V2, VI1, VI2 y VI3 como víctimas, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único

de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente y conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a la inmediata reparación integral del daño de QV1, VI1 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio primero.

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

126. De igual forma, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la LGV; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la LGV, toda vez que son requisitos

indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii) Medidas de satisfacción

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

128. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente en el trámite y seguimiento del EA que se sigue ante el OIC-IMSS, A efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente. Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

129. Ante este respecto, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo de Investigación.

130. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la LGV, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la

formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de QV1, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

iv) Medidas de no repetición

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

132. El IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización¹⁰⁷ con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el reconocimiento de los derechos humanos, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos en el HGR1, debiendo estar presentes, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir laboralmente activos, que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna con especial énfasis en el control prenatal adecuado, b) Sensibilización en la atención con perspectiva de género por el

¹⁰⁷ Los cursos de sensibilización son herramientas que buscan concientizar a las personas sobre un tema específico, con el objetivo de promover cambios de actitud o de conducta. Dichos procesos de sensibilización son distintos de los cursos de capacitación, pues buscan construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de la cultura de las violencias en el servicio público, deconstruyendo o modificando patrones de conducta estereotipados, prejuiciosos o estigmatizantes en las prácticas administrativas.

personal médico en la garantía de los servicios de salud, c) bienestar y trato digno del producto de la gestación para la prevención de complicaciones perinatales, con especial énfasis en la asfixia perinatal, d) identificación oportuna de factores de riesgo en el embarazo y trabajo de parto con especial énfasis en el manejo de emergencias obstétricas como la lateroincondencia del cordón.

133. El curso de sensibilización buscará construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de prácticas administrativas en el servicio público generadoras de violencia institucional en perjuicio de las mujeres, así como fomentar la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal especializado que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

134. Además, deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos en el HGR1, debiendo estar presentes particularmente AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir activas laboralmente, relacionado con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la Guía de Práctica Clínica de la Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en el Embarazo de Bajo Riesgo, la GPC-IMSS-028-08, la GPC-IMSS-436-19, la GPC-IMSS-058-08, la GT21, el LTAAENP, el LTCS, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-034-SSA2-2013, la NOM-234-SSA1-2003 y los deberes establecidos en la LGS, Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello

con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos; lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

135. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, garantizar la emisión de una circular dirigida al personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGR1, que instruya a su respectivo personal médico a brindar atención médica sensible, empática, digna y de calidad, bajo los principios de profesionalismo, legalidad y disciplina a las mujeres y personas gestantes derechohabientes de ese Instituto; en la que además se incluyan las medidas efectivas para la debida observancia de la Guía de Práctica Clínica de la Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en el Embarazo de Bajo Riesgo, la GPC-IMSS-028-08, la GPC-IMSS-436-19, la GPC-IMSS-058-08, la GT21, el LTAAENP, el LTCS, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-034-SSA2-2013, la NOM-234-SSA1-2003, la LGS, el Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS, 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 CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto sexto recomendatorio.

136. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana,

mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

137. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted señora Directora General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1, V2, VI1, VI2, y VI3 como víctimas, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente y conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a la inmediata reparación integral del daño de QV1, VI1 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV; hecho lo cual, se remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, brindar a QV1 así como a VI1 y VI3 la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de así requerirla, por los hechos, la cual deberá otorgarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también,

en caso de no requerirla, se les deberá de dejar cita abierta, 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 cual, se remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento del EA que se sigue ante el OIC-IMSS, efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente; hecho lo cual, se remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

CUARTO. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el reconocimiento de los derechos humanos, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos en el HGR1, debiendo estar presentes, en particular a AR1, AR2 y AR3, en los términos asentados en el apartado **“iv. Medidas de no repetición”** de este pronunciamiento; hecho lo anterior, se remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos en el HGR1, debiendo estar presentes particularmente AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir activas laboralmente, en los términos asentados en el apartado **“iv. Medidas de no repetición”** de este pronunciamiento. Hecho lo anterior, se remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, garantizar la emisión de una circular dirigida al personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGR1, que instruya a su respectivo personal médico a brindar atención médica sensible, empática, digna y de calidad, bajo los principios de profesionalismo, legalidad y disciplina a las mujeres y personas gestantes derechohabientes de ese Instituto; en los términos asentados en el apartado “**iv. Medidas de no repetición**” de este pronunciamiento. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento; entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP