



RECOMENDACIÓN NO. 14 /2026

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 EN AGRAVIO DE V1; AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y EL DERECHO A LA VIDA DE V2, ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE V1, QVI1 Y VI2, EN EL HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA 3-A DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 MAR 2026

TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

Apreciable titular:

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; 1, 3, primer párrafo; 4, 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 5, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, a 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2024/13859/Q**, relacionado con la atención brindada a V1 y V2 en el IMSS.

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, son las siguientes:

Denominación	Claves
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semana de gestación	SDG
Queja médica sobre el caso de V1 y V2 que se inició la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Queja Médica

4. En la presente Recomendación, para 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/Acrónimos
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Guía de Práctica Clínica. Atención y Cuidados Multidisciplinarios en el Embarazo	GPC-IMSS-028-22
Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente	GPC-IMSS-028-08
Guía de Práctica Clínica. Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención	GPC-SS-218-09
Guía de Práctica Clínica para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo	GPC-IMSS-052-19
Guía Tecnológica No. 21: Cardiotocógrafos y Fonodetectores.	GT21
Hospital de Gineco Pediatría 3 A del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México	HGP
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Ley General de Víctimas	LGV



Lineamiento Técnico para la atención amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio para prevenir la violencia obstétrica	LTE
Lineamiento Técnico para la Cesárea Segura	LTCS
Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC – IMSS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS

I. HECHOS

5. El 26 de septiembre de 2024 se recibió la queja de QVI1, quien señaló que el 23 de septiembre del mismo año acudió con V1 a una consulta de control prenatal en un servicio de salud privado, con la persona médica que había dado seguimiento a dicho control. Derivado de la consulta y del ultrasonido practicado a V1, se les informó que era necesario acudir a un hospital para realizar una cesárea, debido a que V2 presentaba “disminución de líquido amniótico, cordón umbilical alrededor del cuello fetal” y 36.4 semanas de gestación, con el fin de evitar sufrimiento fetal.

6. Ese mismo día, QVI1 y V1 acudieron al HGP para que V1 recibiera la atención médica de urgencia requerida; sin embargo, QVI1 manifestó que se le negó el ingreso al servicio médico al advertir que V1 no era derechohabiente del IMSS. En consecuencia, el personal del HGP le informó que “la atención médica que se le



otorgara a su hija tendría un costo o, en su caso, que la trasladara a otra unidad médica para recibir la atención necesaria”.

7. QVI1 refirió que V1 llevó su control prenatal en un servicio privado porque ni ella ni VI2 pudieron completar los trámites ante el IMSS para obtener el servicio de salud como esposa de un trabajador. Por ello, señaló que su hija fue hospitalizada con conocimiento de que la atención médica generaría un costo.

8. El 23 de septiembre de 2024, una vez hospitalizada V1, el personal del HGP informó a QVI1 que “el trabajo de parto de su hija se encontraba estable”. No obstante, manifestó que desde esa fecha no le permitieron verla hasta el 25 de septiembre del mismo año.

9. El 25 de septiembre de 2024, a las 04:50 horas, el personal médico que atendió el parto informó a QVI1 que V2 había nacido. Treinta minutos después le comunicaron que V2 se encontraba en terapia intensiva y en estado grave, debido a que “no había respirado al nacer”, señalando que no había esperanzas de que sobreviviera.

10. A las 19:00 horas de ese mismo día, el personal médico explicó a V1 y VI2 que V2 había sufrido tres paros cardiorrespiratorios, falleciendo aproximadamente a las 20:10 horas, a causa de una cardiopatía congénita. Sin embargo, no se les proporcionó mayor información, debido al hermetismo del personal del HGP, conociendo mediante el acta de defunción que la hora del fallecimiento fue a las 18:10 horas.

11. Por lo expuesto anteriormente, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2024/13859/Q**, para la investigación y documentación de las posibles violaciones a los derechos humanos. De igual manera, se solicitó diversa



información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de V1 con motivo de la atención médica que le fue brindada, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica, es objeto de análisis en el apartado de "Observaciones y Análisis de las Pruebas" de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

12. Acta circunstanciada de 26 de septiembre de 2024, que hace constar la recepción de la queja de QVI1 sobre los hechos de V1 y V2 en el HGP.

13. Correo electrónico de 28 de octubre de 2024, por medio del cual QVI1 remitió una ampliación de la narración de los hechos de V1 y V2, y remitió la siguiente constancia:

13.1 Interpretación de estudios de laboratorio de medio particular de atención médica, de 23 de septiembre de 2024.

13.2 Certificado de defunción de V2, emitido por la Secretaría de Salud.

14. Correo electrónico de 04 de diciembre de 2024, por medio del cual personal del IMSS rindió informe sobre los hechos de V1 y V2 en el HGP, remitiendo entre otras, las siguientes constancias:

14.1 Historia clínica neonatal de 25 de septiembre de 2024;

14.2 Nota de evolución agregada y por gravedad de 25 de septiembre de 2024, a las 07:00 horas, suscrita por PSP6; así como nota de evolución matutina de las



08:31 horas, nota agregada y de procedimiento de las 12:12 horas y nota agregada a las 12:49 horas, todas de la misma fecha y suscritas por PSP7;

14.3 Nota agregada de 25 de septiembre de 2024, de las 13:31 horas, suscrita por PSP7 y nota de evolución y gravedad de 25 de septiembre de 2024, suscrita por PSP8;

14.4 Nota de defunción sin fecha, suscrita por PSP8;

14.5 Carta de consentimiento informado para ingresar a hospitalización de 25 de septiembre de 2024, firmada por PSP7.

15. Correo electrónico de 04 de diciembre de 2024, por medio del cual personal del IMSS rindió informe sobre los hechos de V1 y V2 en el HGP, remitiendo entre otras, las siguientes constancias:

15.1 Nota médica inicial de Urgencias de 23 de septiembre de 2024, a las 18:16 horas, sin nombre del personal médico que la elaboró;

15.2 Hoja de clasificación de Triage Obstétrico de 23 de septiembre de 2024, a las 18:16 horas, elaborada por PSP1;

15.3 Nota de ingreso a Unidad Tococirugía de 23 de septiembre de 2024, a las 23:48 horas, suscrita por AR1;



15.4 Interpretación de ultrasonido obstétrico de 23 de septiembre de 2024, realizado por personal médico del Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud;

15.5 Partograma de V1 del 23 y 24 de septiembre de 2024, requisitado por AR1 y AR4;

15.6 Nota de evolución matutina de 24 de septiembre de 2024, a las 08:30 horas, suscrita por AR2;

15.7 Nota de evolución vespertina de 24 de septiembre de 2024, a las 15:02 horas, suscrita por AR3;

15.8 Nota de evolución nocturna de 24 de septiembre de 2024, a las 20:57 horas, suscrita por AR4;

15.9 Hoja de terminación del embarazo de V1 de 25 de septiembre de 2024, requisitado por AR4;

15.10 Nota de valoración preanestésica de 25 de septiembre de 2024, a las 01:30 horas, suscrita por personal del servicio de Anestesiología del HGP;

15.11 Nota de valoración posanestésica de 25 de septiembre de 2024, a las 02:00 horas, suscrita por PSP3;

15.12 Nota de ingreso a recuperación de 25 de septiembre de 2024, a las 05:37 horas, suscrita por PSP4, y nota de anestesia de la misma fecha a las 09:56 horas;



15.13 Nota de egreso de 25 de septiembre de 2024, a las 05:11 horas, suscrita por AR4;

15.14 Nota médica inicial de 25 de septiembre de 2024, a las 11:31 horas;

15.15 Nota de evolución vespertina de 25 de septiembre de 2024, a las 15:00 horas, sin nombre del personal médico que la elaboró;

15.16 Hoja de registro de anestesia y recuperación de 25 de septiembre de 2024;

15.17 Indicaciones postparto de 25 de septiembre de 2024, a las 05:20 horas, suscrita por AR4 e indicaciones de ingreso a recuperación de 25 de septiembre de 2024 a las 11:00 horas, suscritas por PSP5;

15.18 Indicaciones de anestesia de 25 de septiembre de 2024, a las 05:41 horas; indicaciones médicas de las 08:20 horas; indicaciones de anestesia sin fecha de las 09:56 horas e indicaciones médicas de la misma fecha de las 11:00 horas;

15.19 Carta de consentimiento informado para la atención médica, del 24 de septiembre de 2024 por AR1;

15.20 Hoja de consentimiento informado en planificación familiar del 26 de septiembre de 2024, sin hora;

15.21 Hoja de cuidados de Enfermería al Paciente Quirúrgico sin fecha.



16. Correo electrónico de 08 de enero de 2025, por medio del cual, personal del IMSS informó sobre la integración de la Queja Médica, con motivo de los hechos de V1 y V2.

17. Dictamen en Materia de Medicina de 26 de marzo de 2025, emitido por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V1 en el HGP fue inadecuada, trascendiendo a su salud y a la de V2.

18. Dictamen en Materia de Medicina de 26 de marzo de 2025, emitido por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V2 en el HGP, desde su nacimiento, fue adecuada.

19. Acta circunstanciada de 08 de julio de 2025, en la que se hace constar comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH, con QVI1 y V1, en la que se precisaron aspectos fundamentales del proyecto de vida de V1 y las víctimas indirectas de esta Recomendación.

20. Fe de hechos en la que se hace constar la recepción vía correo electrónico del Dictamen de Investigación de Queja Médica de 4 de julio de 2025, emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social con relación a la atención médica de V1 y V2.

21. Informe médico de Ampliación de Dictamen en Materia de Medicina de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas del 14 de noviembre de 2025, en relación a la atención médica que recibió V1.



22. Informe médico de Ampliación de Dictamen en Materia de Medicina de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas del 14 de noviembre de 2025, en relación a la atención médica que recibió V2.

23. Correo electrónico de 20 de noviembre de 2025, en el que personal de IMSS, informa que la Queja Médica, se encuentra pendiente de la determinación, por lo que una vez que se cuente con el acuerdo respectivo, se notificará lo conducente a la interesada como a esta Comisión Nacional.

24. Acta circunstanciada de 10 de diciembre de 2025, en la que se hace constar la comunicación telefónica con QV1, con respecto al trámite y atención de su expediente de queja, situación que no ocurrió en el presente caso.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

25. El 08 de enero de 2025, se tuvo conocimiento que, con motivo de los hechos, se generó la Queja Médica ante la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS, en la que el 04 de julio de 2025 se emitió Dictamen de Investigación de Queja Médica, en el que se concluyó que la queja es improcedente desde el punto de vista médico. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación dicho procedimiento se encuentra pendiente de determinación por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS.

26. Asimismo, esta CNDH, no cuenta con evidencias de que, con motivo de los hechos se haya presentado alguna denuncia penal o juicio de amparo derivado de los hechos materia de la queja.



IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

27. Del análisis de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2024/13859/Q**, en términos del artículo 41, de la Ley de este Organismo Autónomo, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, y con perspectiva de género¹ así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional y los criterios jurisprudenciales aplicables 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 en agravio de V1, al interés superior de la niñez y el derecho a la vida de V2, así como al proyecto de vida de V1, QVI1 y VI2, atribuibles a personas servidoras públicas del HGP del IMSS, conforme a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA SALUD

28. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; en esa misma tesitura, la LGS, refiere en su artículo 1o. Bis, que se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

29. 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

¹ Perspectiva de Género. Artículo 5 de la LGIMH en fracción VI. Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.



sistema político y ordenamiento jurídico nacional, señala el derecho de todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.²

30. Así también, el Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, adoptada por la Asamblea General de la ONU, consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas, para lograr que las personas tengan derecho a un servicio de atención médica de calidad, especialmente para los grupos más vulnerables, como las mujeres, niñas y niños.

A.1. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE V1

31. La Declaración Universal de Derechos Humanos, establece en su artículo 25 segundo párrafo, que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. En este sentido, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³, advierte que los Estados Partes deben de reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por ello, cuanto una mujer o persona gestante requiere hacer efectivo el derecho a la salud materna, el Estado debe asegurar que esa atención sea efectiva, a fin reducir la mortinatalidad materna (previo, durante y posterior al parto), así como la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

32. En este sentido, el derecho a la salud materna⁴ implica la protección, cuidados y ayuda en especies, no solo para garantizar el derecho de la mujer o de la persona

² 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)*, párrafo 1.

³ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12 inciso a).

⁴ Artículo VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.



gestante, sino también el derecho de la infancia producto de ese proceso reproductivo.

33. 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".⁵ La CEDAW en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte de adoptar 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.

34. La maternidad, como parte del proceso reproductivo de la mujer, conlleva el pleno ejercicio de la autonomía física y sexual; 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.

35. A nivel nacional, la Ley General de Salud y su Reglamento, establecen los criterios que implica la atención médica de una mujer o una persona gestante, por su condición de vulnerabilidad, la cual conlleva una serie de servicios con la finalidad de proteger, promover y restaurar su salud, desde el embarazo, parto y puerperio⁶. La citada atención médica, debe ser digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; y cuando una mujer o persona gestante que presente una Urgencia Obstétrica debe otorgarse por el personal médico de las Unidades

⁵ 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>.

⁶ Artículo 32, 61,64 Bis de la Ley General de Salud y artículo 7, 115 Bis, del Reglamento de la Ley de Salud.



Hospitalarias, priorizando que estos servicios deben otorgarse de “manera inmediata, continua y de calidad, las veinticuatro horas del día, todos los días del año”. Esto como una medida, para garantizar, prevenir y evitar la mortalidad y morbilidad materna.

36. De acuerdo con el Informe Semanal Notificación Inmediata de Muerte Materna, Semana Epidemiológica 37, hasta el 15 de septiembre de 2025, se estima que en nuestro país la mortalidad preliminar se calcula en 25.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, hasta la primera semana de septiembre de 2025, se registraron 347 defunciones. Las entidades que presentan mayor número de defunciones maternas son: Estado de México, Chiapas, Jalisco, Ciudad de México y Veracruz.⁷

37. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud, advierte que, en el año 2023,

...cada día murieron más de 700 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; se produjo una muerte materna prácticamente cada dos minutos. La atención a cargo de profesionales de la salud capacitados antes, durante y después del parto puede salvar la vida de la madre y del recién nacido⁸.

38. Por todo lo anterior, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos implican un factor de vulnerabilidad y desventaja para las mujeres y para personas con capacidad de gestar, que ejercen el derecho a la maternidad, toda vez, que, durante el embarazo, parto y puerperio, pueden presentarse diferentes afecciones

⁷ Informe Semanal Notificación Inmediata de Muerte Materna, Semana Epidemiológica 37, hasta el 15 de septiembre de 2025. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/BOLETIN_MUERTE-MATERNA_37_2025.pdf.

⁸ Mortalidad materna, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.



a la salud, mismas que si no son atendidas de manera oportuna ponen en riesgo la vida de persona gestante y la del producto de la gestación.

39. De acuerdo con la Secretaría de Salud, las principales causas de defunción por muerte materna son: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (15.4%), Hemorragia obstétrica (11.5%) Complicaciones en el Embarazo (11.5%) y Aborto (7.7%).

40. En este sentido, la adecuada atención médica por parte del personal médico en los Centros de Salud -públicos o privados-, son un factor primordial para prevenir defunciones durante el embarazo, parto y puerperio.

A.2. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE V1

- **Urgencia Obstétrica**

41. De acuerdo con la OMS y la OPS enfatizan que las urgencias y emergencias obstétricas son condiciones que ponen en peligro la vida de la madre y/o el bebé, requiriendo atención inmediata para reducir la mortalidad materna, enfocándose en la prevención, identificación temprana de signos de alarma y respuesta rápida con personal capacitado y recursos adecuados.

42. La Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas, se estima que a nivel mundial cada año del 15 al 20% de los embarazos pueden complicarse aun sin tener alguna causa o factor de riesgo aparente, desencadenando así una emergencia obstétrica, la cual se define como



toda enfermedad grave y de presentación aguda que pone en riesgo la vida o la función de la madre y/o el recién nacido y, que requiere atención médica inmediata⁹.

43. Asimismo, la citada Guía de Práctica Clínica, advierte que una estrategia e intervenciones efectiva y segura, durante el proceso de atención materno infantil, es proporcionar tratamiento médico oportuno y correcto de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto.

44. En el presente caso, el 23 de septiembre de 2024, V1 se realizó un estudio sonográfico, comúnmente conocido como ultrasonido¹⁰ obstétrico en un servicio de salud privado, con el que se detectó una gestación pretérmino¹¹, disminución de líquido amniótico¹², cordón umbilical alrededor del cuello fetal¹³, crecimiento del producto de la gestación en discordancia con fetometría y peso¹⁴. Diagnóstico que motivo a la ginecóloga particular que atendió el control prenatal de V1, para que acudiera a una unidad médica con los insumos suficientes para atender su parto.

45. De acuerdo a la narración de los hechos de QVI1, V1 fue referida por una persona médica del servicio de salud privado a una unidad médica del IMSS, por

⁹ Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. 2019, Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019.

¹⁰ Se refiere a una ecografía o ultrasonido, una técnica de diagnóstico médico que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes del interior del cuerpo.

¹¹ También conocida como parto prematuro, se refiere al nacimiento de un niño antes de las 37 semanas completas de gestación.

¹² También llamada oligohidramnios, es una condición donde la cantidad de líquido amniótico alrededor del bebé es menor a la esperada para la edad gestacional.

¹³ En la mayoría de los casos, las circulares de cordón se resuelven por sí solas o se manejan fácilmente durante el parto. Sin embargo, en raras ocasiones, la compresión del cordón puede reducir el flujo sanguíneo y de oxígeno al bebé, lo que podría llevar a complicaciones como asfixia al nacer o daño cerebral.

¹⁴ Es una condición en la que un feto no crece al ritmo esperado durante el embarazo. Esto puede deberse a diversos factores, como problemas con la placenta, complicaciones en la madre o problemas inherentes al feto.



advertir una situación grave, requiriendo atención inmediata y especializada, hecho que, de acuerdo a la LGS, es una Urgencia Obstétrica, motivo por el cual la atención médica se debía otorgar con independencia de su derechohabencia o afiliación¹⁵, hecho que para V1, fue un factor que limitó su derecho al acceso a los servicios de salud, toda vez que en el momento de los hechos no era derechohabiente del IMSS.

46. La OPS ha señalado la importancia del abordaje de las situaciones de emergencia y urgencia obstétricas al ser las principales causas de mortalidad materna y perinatal. Ello igualmente es destacado por la OMS. En el mismo sentido, el numeral 5.3.1.13 de la NOM-007-SSA2-2016 dispone que ante una urgencia obstétrica se debe brindar la atención especializada y de ser el caso trasladar oportunamente a las pacientes a los establecimientos con capacidad resolutive adecuada. Por su parte, en el numeral 5.3.1.13.3 de la GPC-IMSS-567-12 se establece que, en todos los casos de urgencia obstétrica, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad. Concluyendo que, en el caso de V1, tales aspectos fueron inobservados como será analizado

47. En este tenor, V1 informó que: "derivado de su atención médica particular en la que le indica su [persona] médica acudir de manera prioritaria a recibir atención de urgencia [...] se presentó al [HGP], en donde no la querían atender por no estar registrada como derechohabiente", no obstante, del estado de vulnerabilidad en el que se encontraba V1, como mujer embarazada y con una urgencia obstétrica, debía recibir servicios médicos de manera inmediata, continua y de calidad¹⁶, hecho

¹⁵ Artículo 64 Bis de la Ley General de Salud. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.

¹⁶ Artículo 115 Bis 1 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf



que no ocurrió en un primer momento, aun y cuando existía la referencia de otra persona profesional de la salud y estudios que advertían su estado de salud, por lo que negar la atención médica a una mujer embarazada es una acción sin perspectiva de género y constitutiva de violencia obstétrica.

48. Por lo antes narrado, se observó que V1, mujer con datos indicativos de urgencia obstétrica (cordón umbilical en el cuello y poco líquido amniótico), se presentó en el HGP, una vez que accedió a los servicios de salud por parte del IMSS en el HGP, el personal médico omitió proporcionar el tratamiento médico adecuado, decidiendo la resolución del embarazo por parto vía vaginal.

49. Ello contrario a la NOM y GPC que especifican la necesidad de una adecuada atención prenatal, monitoreo del trabajo de parto y el parto, y la detección y tratamiento temprano de las complicaciones, pese a que V1 cursaba con datos de urgencia obstétrico, dicho aspecto fue inobservado por el personal médico y no se le practicó cesarí.

50. De tales elementos es dable concluir que la atención médica brindada hasta ese momento por el personal de salud del Hospital no fue oportuna y suficiente, por las siguientes consideraciones que establece la OMS, al señalar que una atención oportuna¹⁷ implica "la reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos". Por lo que se puede concluir que en el caso de V1 no fue oportuna, debido a que se omitió su adecuado seguimiento médico (no se dirigió el tratamiento adecuado pese a sus antecedentes y a cursar con emergencia obstétrica).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1



51. En este mismo sentido la OMS, refiere que la atención médica suficiente, es aquella en “la que se proporciona atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales, proporcionando servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan y evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado”. En el caso de V1 se determinó que la atención médica que recibió no fue suficiente, debido a que se omitió practicarle cesárea manteniéndola en trabajo de parto vía vaginal por un día.

52. Las citadas intervenciones del personal médico advierten la inobservancia del enfoque de derechos humanos, toda vez, que no existió perspectiva de género en los servicios de salud materna, porque se omitieron las necesidades urgentes de atención que requería V1, al cursar con emergencia obstétrica, vulnerando su derecho al acceso a la a la salud con atención de calidad y preferente.

53. Es importante precisar, que el enfoque de derechos humanos permite analizar las necesidades específicas que implica el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivo mediante la maternidad, como una decisión autónoma que requiere de una atención integral y del respeto de la dignidad de la mujer o persona gestante. En el presente caso se concluye que V1, como mujer embarazada, y titular de sus derechos sexuales y reproductivos, no recibió un trato digno y las necesidades específicas que presentó durante su estancia en el HGP, fueron omitidas, toda vez, que de acuerdo a la intervención que llevo a cabo el personal médico que estuvo a cargo de la paciente incumplió lo preceptuado en la legislación internacional y nacional en materia de salud materna referida en los apartados que anteceden (perspectiva de género en los servicios de salud, tratados internacionales, principios y la Constitución, ello refuerza el análisis de la regularidad constitucional del acto).



54. 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 Estado¹⁸. No obstante, en el presente caso, los servicios brindados a V1 evidencian que dicha atención no cumplió con estos estándares, al carecer de los referidos principios.

- **Atención del parto de V1 en el HGP**

55. El 23 de septiembre de 2024, V1 fue revisada por personal médico del área de Ginecología y Obstetricia, quien le hizo el triage obstétrico¹⁹ y encontró que tenía la presión arterial un poco alta, por lo que la clasificó en riesgo medio (amarillo)²⁰. Ochenta minutos después, personal médico del mismo servicio revisó nuevamente a V1 y detectó que tenía alrededor de 35 semanas y media de embarazo, que las membranas estaban intactas, pero que había poco líquido amniótico y que el cordón umbilical estaba enredado en el cuello del bebé, por lo que ordenó mantenerla vigilada y hacer estudios para verificar el bienestar del feto.²¹

¹⁸ 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.

¹⁹ Es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido.

²⁰ El color amarillo indica una condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).

²¹ Es un conjunto de exámenes que se realizan durante el embarazo para evaluar la salud del bebé y detectar posibles problemas antes del nacimiento.



56. A las 21:30 horas de la misma fecha, V1 ingresó a la Unidad de Tococirugía, siendo atendida por AR1, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a quien le comentó que le realizaron 5 ultrasonidos con “resultados a partir del tercer trimestre con RCIU restricción de crecimiento intrauterino”, es decir, ya contaba con embarazo pretérmino de 35.5 SDG. Aunque AR1 asentó que en las consultas prenatales se aplicó esquema de vacunación recomendado y que el producto de la gestación contaba con espalda a la izquierda de la madre, PSP3 comentó previamente “cuadro de inmunizaciones incompleto” y espalda a la derecha. AR1 no describió altura de fondo uterino y en la evaluación ginecológica se limitó a señalar “genitales acordes a edad y sexo”.

57. En el partograma correspondiente, se advierte que de las 01:30 a las 20:30 horas, AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, dieron seguimiento a la inducción del trabajo de parto por medio de prostaglandina y antiespasmódico, se reportaron resultados de laboratorio indicativo de infección, sin que se conociera el foco infeccioso y se dio vigilancia de la contractibilidad uterina y frecuencia cardíaca fetal. No obstante, se documentó que, por más de 20 horas, V1 presentó un nulo progreso de cambios cervicales a pesar del manejo farmacológico para abreviar la culminación de la gestación vía vaginal²².

²² AR1 reportó que de las 01:30 a las 07:00 horas del 24 de septiembre de 2024, V1 tuvo cuatro contracciones uterinas que duraron 10 minutos cada una.

A las 08:30, AR2 reportó 2 cm. de dilatación y 50% de borramiento; asentó “amnios integro”, reportó resultados de laboratorio con aumento de células blancas, indicativo de infección, prescribió una segunda dosis de prostaglandina y documentó de las 09:30 a las 14:30 horas de la misma fecha, un incremento de las contracciones uterinas de 01 a 03, con duración de 30 a 40 segundos.

A las 15:00 horas, AR3 reportó con 3 cm. de dilatación y 50% de borramiento, membranas integra; añadió vigilancia de la contractibilidad uterina y frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos. A las 16:30 horas, indicó la tercera dosis de prostaglandinas. A las 19:20 horas, administró antiespasmódico. A las 20:30 horas, identificó dilatación cervical de 04 cm., sin registro de descenso de la cabeza fetal por la pelvis materna.



58. A las 08:30 horas de la misma fecha, V1 fue atendida por AR2, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, quien a la exploración ginecológica manual detectó trabajo de parto en fase latente con 2 cm. de dilatación y 50% de borramiento²³; asentó "amnios integro", reportó resultados de laboratorio con aumento de células blancas, indicativo de infección, sin que se conociera el foco infeccioso, añadió el diagnóstico "sin trabajo de parto", a pesar de que tenía más de 8 horas que AR1 comenzó con estimulación medicamentosa para ablandar, acortar y agrandar el canal de parto, prescribió una segunda dosis de prostaglandina y documentó de las 09:30 a las 14:30 horas de la misma fecha, un incremento de las contracciones uterinas de 01 a 03, con duración de 30 a 40 segundos.

59. A las 15:00 horas de la misma fecha, V1 fue atendida por AR3, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a quien le refirió dolor obstétrico irregular; AR3 la reportó con 3 cm. de dilatación y 50% de borramiento, membranas integras; añadió vigilancia de la contractibilidad uterina y frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos. A las 16:30 horas, indicó la tercera dosis de prostaglandinas. A las 19:20 horas, administró antiespasmódico. A las 20:30 horas, identificó dilatación cervical de 04 cm., sin registro de descenso de la cabeza fetal por la pelvis materna, lo que significaba nulo progreso de cambios cervicales a pesar de la tercera dosis farmacológica para maduración del cérvix y el uso de antiespasmódico como inductor de la apertura del canal de parto, para abreviar la culminación de la gestación vía vaginal.

²³ Son procesos que ocurren en el cuello uterino durante el trabajo de parto para permitir el paso del bebé a través del canal de parto.



60. De las 20:57 del 24 de septiembre de 2024 a las 04:30 horas el siguiente día, V1 fue atendida por PSP3, personal médico adscrito al servicio de Anestesiología, y por AR4, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, quien durante ese lapso refirió expulsión de tapón mucoso, reportó elevación de la frecuencia cardíaca materna de 115 latidos por minuto, indicó otra dosis de antiespasmódico y conducción de trabajo de parto con uteroestimulante. A partir de ello, documento incremento de la dinámica uterina hasta reportar a V1 con progresión de trabajo de parto de 10 cm de dilación²⁴.

61. El 25 de septiembre de 2025, a las 01:30 horas, V1 fue valorada por PSP3, personal médico adscrito al servicio de Anestesiología, quien realizó procedimiento anestésico²⁵, mismo que se dio por terminado a las 02:00 horas de la misma fecha. A las 03:30 horas de ese mismo día, AR4 revisó canal cervical con 07 cm. de dilatación sin que se detallara la apertura del conducto vaginal, salida de líquido amniótico "claro", sin más datos de la progresión del trabajo de parto. A las 04:30 horas de la misma fecha, AR4 añadió dilatación de 10 cm., sin más datos de progresión de trabajo de parto.

62. Según registros clínicos de Enfermería, V1 fue ingresada al área de expulsión, en el segundo período del trabajo de parto, sin que sea inadvertido que a las 03:30 horas, de ese mismo día, AR4 reportó canal cervical con 07 cm., de dilatación por lo que contaba con el 70% de apertura cervical necesaria para la expulsión del

²⁴ A las 20:57 horas, AR4 reportó dos contracciones en 10 minutos que duraron 30 segundos, aun sin ministración de oxitocina. A las 03:30 horas revisión de canal cervical con 07 cm. de dilatación sin que se detallara la apertura del conducto vaginal, salida de líquido amniótico "claro". A las 04:30 horas de la misma fecha, AR4 añadió dilatación de 10 cm.

²⁵ La anestesia es un procedimiento médico que utiliza medicamentos para bloquear la sensación de dolor durante cirugías y otros procedimientos.



producto de la gestación por vía vaginal; tampoco ilustró el descenso de la presentación por el canal de parto.

63. AR1, AR2, AR3 y AR4 desestimaron que la indicación de ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica radicó en el antecedente de oligohidramnios y de circular de cordón al cuello uterino, los cuales no fueron retomados durante el seguimiento de V1, omitiendo la búsqueda del origen de la cantidad anormal de líquido amniótico, la identificación del riesgo obstétrico, retomar los datos de peligro para el binomio, indagar sobre el precedente infeccioso del tracto urinario, averiguar la ubicación del cordón umbilical, mencionar las condiciones del cuello uterino, descartar rotura del amnios²⁶, pedir examen general de orina,²⁷ realizar e interpretar pruebas de bienestar fetal e indagar la nula efectividad de la dinámica uterina.

64. De lo anterior, se precisa que la falta de atención médica a una mujer o persona con capacidad de gestar con una urgencia obstétrica,²⁸ la cual es considerada como una complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal, constituye violencia obstétrica, como fue el caso de V1.

65. Lo anterior, de acuerdo a la armonización legislativa en las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia u Homologas, tanto a nivel federal y por

²⁶ Es una membrana que forma parte de la placenta y rodea al feto durante el embarazo, proporcionando protección y un ambiente acuoso.

²⁷ También conocido como análisis de orina, es una prueba diagnóstica que evalúa las características físicas, químicas y microscópicas de la orina.

²⁸ Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico, Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en:

http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2025.



entidad federativa, toda vez, que en 18 entidades federativas entre ellas: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas es considerada como una expresión de la violencia obstétrica la "Omisión de atención oportuna y eficaz en emergencias obstétricas". Asimismo, en Durango, Hidalgo, Morelos, Querétaro y San Luis Potosí se advierte que es la "Omisión de atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas"²⁹. Lo anterior, tal y como ocurrió en el presente caso, ante la falta de atención médica oportuna y eficaz para V1.

66. Con lo anterior, tampoco interrumpieron el embarazo de inmediato, aun cuando ya se había comprobado que V2 estaba sufriendo por tener el cordón umbilical enredado en el cuello, presentar hinchazón en la cabeza (*caput succedaneum*) y existir lesiones en los tejidos del canal de parto causadas por la presión durante el trabajo de parto³⁰, inobservando con ello la GPC-SS-218-09, la GPC-IMSS-028-08, la GT21, la GPC-IMSS-028-22 y la LTCS. La citada omisión no solo trasgredió los derechos de V1, también, fue contraria a la obligación de garantizar el derecho intrínseco a la vida del niño V2 y, en la máxima medida posible, el derecho a su supervivencia, pues el interés superior de la niñez se debe tenerse en cuenta para interpretar y hacer respetar todos los derechos de niños, niñas y adolescentes.

67. Ante el inminente nacimiento del producto de la gestación, V1 fue trasladada al área de expulsión, en la misma fecha, sin que fuera referida la hora, en el segundo

²⁹ Acciones realizadas para la prevención, atención y erradicación de la violencia obstétrica, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Seguimiento/Prevencion_Atencion_Erradicacion_Violencia_Obstetrica.pdf. Fecha de consulta: 24/11/2025.

³⁰ Dificultad a la extracción del feto.



período del trabajo de parto, siendo atendida por AR4, quien ante el borramiento y la dilatación completa, llevó a cabo la resolución del embarazo vía vaginal con maniobra de protección perianal³¹, entregando a V2 de manera inmediata al personal médico pediatra, asentándose en las notas médicas, con relación a dicho evento, “expulsivo prolongado [...] circular de cordón a cuello no apretado”, y “líquido meconial claro [...] trauma obstétrico”, lo que médicamente significó que V2 tuvo signos de sufrimiento fetal, lo cual no fue detallado por AR4, corroborando la falta de evaluación y vigilancia durante el trabajo de parto por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, en cuya atención no se indagó, ni trataron los antecedentes de riesgos maternos y fetales, ocasionando que no se tomaran las medidas y precauciones necesarias para evitar complicaciones neonatales y maternas. No obstante, que QV1 y V1 a su llegada al HGP, presentaron la referencia que le había otorgado persona medica particular, misma que se desacreditó por el personal del IMSS.

68. AR4 efectuó maniobras abdominales externas al tercer periodo del parto para la extracción placentaria dirigida³², detectó dos desgarros de segundo grado en la pared vaginal³³ y otro cerca del orificio ureteral³⁴, AR4 omitió informar a V1 sobre las complicaciones que presentó V2 para la expulsión; el orden y duración de cada una de las maniobras realizadas, implementar técnicas posicionales para evitar generar un aumento de tracción y exponer a V2 a un mayor riesgo de lesiones del

³¹ Es un conjunto de técnicas manuales aplicadas durante el parto para minimizar el riesgo de desgarros en el perineo, la zona entre la vagina y el ano.

³² Es un procedimiento para retirar la placenta manualmente del útero después del parto, cuando esta no se desprende por sí sola.

³³ Es una lesión muscular que implica la rotura parcial de fibras musculares. En el contexto del parto, se refiere a un desgarro que afecta la piel y los músculos del perineo, y puede extenderse a la vagina.

³⁴ Es la abertura por donde sale la orina del cuerpo.



brazo izquierdo, efectuar episiotomía³⁵ para evitar pérdida de la continuidad perineal³⁶.

69. AR4 desestimó datos de peligro para el binomio, no indagó la ubicación del cordón umbilical, no registró, ni interpretación de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación fetal, lo que desencadenó sufrimiento neonatal, lesiones asociadas a maniobras obstétricas a su expulsión y riesgo de lesión por tracción de la persona recién nacida lo que favoreció complicaciones perinatales suscitadas, incumpliendo con ello la GPC-IMSS-052-19³⁷ y el LTE³⁸. V1 permaneció bajo vigilancia en el servicio de Ginecología y Obstetricia, hasta que fue dada de alta el 26 de septiembre de 2024 por mejoría clínica y favorable evolución postparto.

70. En ese sentido, de acuerdo con lo descrito en esta observación se pudo constatar que AR1, AR2, AR3 y AR4 inobservaron lo previsto en LGS y en el Reglamento de la LGS; la NOM-007-SSA2-2016, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CEDAW y LGAMVLV, lo que contribuyó y obstaculizó que V1 pudiera acceder al más alto nivel posible de salud física y mental, lo que también tuvo por consecuencia, el incremento de los riesgos de

³⁵ Es un procedimiento quirúrgico donde se realiza una incisión en el perineo (área entre la vagina y el ano) durante el parto para ampliar la abertura vaginal.

³⁶ Se refiere a la integridad estructural del perineo, la zona entre la abertura vaginal y el ano.

³⁷ Puede valorarse la práctica de la episiotomía en casos de periné corto; presentación de cara, compuesta o de nalgas; así como ante la presencia de distocia de hombros o necesidad de parto instrumentado. Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada, y la técnica recomendada es la mediolateral.

³⁸ Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné...puede practicarse la episiotomía en casos de periné corto, presentación de cara, compuesta o de nalgas, así como ante la presencia de distocia de hombros o necesidad de parto instrumentado. Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada y la técnica recomendada es mediolateral.



morbilidad que presentó, siendo responsables de vulnerar el derecho de protección a la salud de V1.

B DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1

71. 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."³⁹ Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

72. Las mujeres son víctimas de diversos tipos de violencia en el ejercicio de sus derechos reproductivos (embarazo, parto y puerperio). A nivel nacional e internacional, se reconoce como violencia obstétrica, en la que se visibilizan dos tipos de violencias, la física y la psicológica, por parte del personal médico en los espacios de servicios de salud, ejerciendo un trato deshumanizado o negligente, ante la negativa de proporcionar un tratamiento o información adecuados respecto del estado de salud.

³⁹ Artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará").



73. Asimismo, la violencia institucional ha sido definida por la LGAMVLV como:

Los actos u omisiones de 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.

74. La Recomendación General 24 sobre el artículo 12 de la CEDAW, indica que:

los Estados Parte deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios⁴⁰.

75. En este sentido las mujeres que en atención a sus derechos reproductivos elijen el derecho a la maternidad, se enfrentan a un estado de vulnerabilidad que permea diversos aspectos de su vida no solo en su salud, su economía, su estado emocional, profesional, sociales y profesionales o laborales y todos aquellos que se interrelacionan con la falta de medidas y acciones por parte del estado para garantizar el ejercicio pleno de ese derecho.

76. Como ya se ha desarrollado en la presente Recomendación V1, no solo fue víctima de violencia institucional, también vio afectado su patrimonio por el pago de servicio de salud que el IMSS, le cobro por la atención médica que recibió, a pesar de que esta fue deficiente e inadecuada, motivo por el cual V2, falleció. A los hechos también se suma, las afectaciones emocionales que la pérdida de V2, generó en ella, como la madre y gestante por más de 36 semanas, además de vulnerar de

⁴⁰ CEDAW, Recomendación General N° 24: Artículo 12 CEDAW, "La mujer y la salud" 1999, Párr. 21.



manera directa el ejercicio del proyecto de la maternidad y las implicaciones sociales que ello, conlleva alimentar (amamantar) y cuidar a su recién nacido (periodo de incapacidad).

77. En cuanto a su derecho al acceso a la salud, por la falta de atención médica y la violencia obstétrica de la cual fue víctima por parte del personal de salud, hecho al que no está expuesta cualquier otra persona con capacidad para gestar o mujer que se encuentre embarazada, por las secuelas que implicaron los procedimientos médicos que le fueron realizados.

78. Con relación al caso de V1, se pudieron constatar actos y omisiones durante la atención de su parto que trascendieron a su salud materna y derivaron en el fallecimiento de V2, siendo efectos severos en el disfrute de su derecho humano a una vida libre de violencia, derivados de la inadecuada atención del personal médico del HGP, al no salvaguardar de manera diligente las expectativas reales de desarrollo de su embarazo, de conformidad con la normativa médica.

79. No se advirtió en los formatos de consentimiento informado; que el personal médico conociera las expectativas de V1 sobre el desarrollo del nacimiento; que respetara y atendieran sus expresiones y necesidades emocionales; careciendo entonces de apoyo continuo⁴¹, omitiendo proporcionar una atención con calidad y

⁴¹ En la revisión Cochrane titulada "Apoyo continuo para las mujeres durante el parto", se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto: • Incremento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2), • disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96) • disminución en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo del trabajo de parto MD <0.58 hrs (IC 95% <0.85 hrs a <0.31 hrs), disminución en el índice de cesáreas RR 0.78 (IC 95% 0.67 a 0.91), disminución de parto vaginal instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.85 a 0.96), disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99). 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. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.



respeto de sus derechos humanos⁴²; tampoco se advirtió en las notas médicas que aclararan a V1 sus dudas con lenguaje comprensible, tomando en consideración todos los signos y síntomas que presentaba⁴³.

B.1 VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DE TIPO OBSTÉTRICA DE V1

80. Es importante precisar que los servicios de salud de 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; en ese sentido, se advirtió que la atención brindada a V1 por el personal del HGP, fue desprovista de dicha perspectiva pues en sus intervenciones, no le brindaron servicios de salud materna con atención de calidad, sensible, empática, digna, profesional, legal y disciplinada, ni sus acciones fueron guiadas con la finalidad de salvaguardar su bienestar, ni la de su producto de la gestación, ni brindaron al binomio materno fetal un tratamiento médico óptimo de acuerdo a sus necesidades.

81. Así, se acreditó que los actos y omisiones en la atención médica que recibió V1 en el HGP durante su embarazo y su parto, constituyen violencia de tipo obstétrica, generándole afectaciones de índole física y psicológica, las cuales, además, derivaron en el fallecimiento de V2, configurándose a su vez, violencia institucional,

⁴² NOM-007-SSA2-2016. 5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

⁴³ 5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.



al tratarse de actos u omisiones de personas servidoras públicas del IMSS que obstaculizaron e impidieron el goce y ejercicio de los derechos humanos de V1, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, los diferentes tipos de violencia, siendo por ello, responsables AR1, AR2, AR3 y AR4, de vulnerar el derecho de V1 a una vida libre de violencia, al incumplir con lo previsto en la NOM-007-SSA2-2016

C. PRINCIPIO DEL INTERES SUPERIOR DE LA NIÑEZ CON RELACIÓN AL DERECHO A LA VIDA

82. El artículo 4º de la CPEUM, en su párrafo noveno dispone que “[e]n todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos.”

83. El artículo segundo de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en su segundo párrafo que:

[e]l interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones se atenderá a lo establecido en la CPEUM y en los tratados internacionales de que México forma parte.

84. Bajo ese enfoque, el derecho humano a la protección de la salud en la niñez está previsto en diversos instrumentos internacionales, siendo ejemplos de ello, el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud, estableciendo



además la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil.

85. El tercer objetivo de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas sobre “Salud y bienestar”, se ha pronunciado en el sentido de “[...] garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [...]”.

86. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño que reconoce el derecho de las niñas y niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud; así como el artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que señala que Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

87. En este mismo sentido, la Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, establece que este derecho no solo es importante en sí mismo; la realización del derecho a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención sobre los Derechos del Niño.

88. No obstante, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, protege el derecho a la salud, de niños y niñas, como parte del binomio madre e hijo



(a), lo anterior, al precisar que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”, como parte del derecho a la salud materna.

89. En los hechos analizados en esta Recomendación se pudo constatar que los actos y omisiones del personal médico del HG, en contra de V1, vulneraron el derecho a la salud y a la vida de V2, lo cual y con ello al interés superior de V2, al omitir brindarle una atención prioritaria de la calidad lo cual derivó en su fallecimiento.

C.1 VULNERACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V2 POR LA INADECUADA ATENCIÓN AL TRABAJO DE PARTO DE V1

90. 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.

91. Al nacimiento de V2, personal médico estableció el diagnóstico de depresión respiratoria e indicó ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde se añadieron los diagnósticos de “trauma obstétrico...cefalohematoma prietal (sic) derecho + caput succedaneum, hipotermia neonatal”, lo que significó que cursó con sufrimiento fetal por la supresión respiratoria y acidemia, originadas por la falta de cuidado de AR1, AR2, AR3 y AR4 del trabajo de parto de V1.



92. De las 4:50 a las 18:10 horas del 25 de septiembre de 2024, se mantuvo a cargo del servicio de Pediatría del HGP, a pesar de las medidas terapéuticas aplicadas se declaró su fallecimiento teniendo por causas cardiopatía congénita y síndrome de dificultad respiratoria.

93. En este sentido, se vulneró el derecho a la protección a la salud de V2 toda vez que, las omisiones en la atención médica de V1, afectaron de manera directa su salud, y fueron una de las consecuencias de fallecimiento, lo cual reitera que la atención médica que recibió por parte del personal del IMSS no cumplió con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, mismos que en su conjunto son una obligación del Estado.

94. La atención médica brindada a V2 a partir de su nacimiento en el HGP fue adecuada; sin embargo, las complicaciones analizadas derivaron del síndrome de dificultad respiratoria que padeció por la inadecuada e inoportuna atención obstétrica a V1, cursando desde su nacimiento con afecciones, desarrollando estado de sepsis y falla orgánica que derivaron en el fallecimiento de V2.

95. En los hechos analizados, se pudieron constatar omisiones que impidieron el acceso de V1 al nivel más alto de salud materna, teniendo impactos significativos en el bienestar de su producto de la gestación, que una vez que nació V2, trascendió notoriamente en su salud y posterior fallecimiento.

96. En casos como el de 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 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 de tipo obstétrica de las mujeres y personas gestantes.

97. 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 atención médica materna, como derecho humano reproductivo.

98. 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 y 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 recién nacida.

99. Es por ello que, en casos como el de V2, en los que solo existen nexos causales de responsabilidad de las personas autoridades responsables en la vulneración de los derechos de protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de su madre, con independencia de que posterior a su nacimiento, se le brinde o no, una adecuada atención médica, es exigible la garantía del interés superior de la niñez, como un principio rector, administrativo y constitucional, de la práctica médica en el servicio público, derivado del derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como del nacimiento de la persona recién nacida, como titular de derechos humanos.



100. Lo señalado, se funda en el deber que tiene toda persona servidora pública de respetar y garantizar los derechos humanos con perspectiva de género, cómo ejes rectores derivados de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que permiten a esta CNDH analizar, cómo actos y omisiones violatorios a derechos humanos ocurridos en el embarazo y parto de las mujeres y personas gestantes, así como aquellos padecidos por una persona neonata, en conjunto, trascienden en el disfrute de los derechos humanos de esta última, especialmente, con relación al derecho de protección de su salud y la vida.

101. En esa tesitura, se pudo constatar que los hechos descritos afectaron de manera conjunta el bienestar de V1 como el de su producto de la gestación, siendo circunstancias que vulneraron el derecho de protección de la salud de V1 y trascendieron al derecho a la vida de V2, situación que fue generada por una atención del parto inadecuada; 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 derecho humano a la vida de V2, por omitir AR1, AR2, AR3 y AR4, 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 del Estado, esta CNDH acreditó su responsabilidad al impedir la supervivencia y desarrollo de V2.

102. En el caso de personas recién nacidas, el derecho a la vida tiene elementos más profundos que solo su respeto; el artículo 6º, de la Convención sobre los Derechos del Niño, hace referencia al derecho intrínseco del niño y niña 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 y niña, 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 y niñas pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

103. En este sentido se vulnera el derecho a la protección a la salud y a la vida de V2, toda vez, que la atención médica que recibió no fue de calidad ni eficaz. Este derecho ameritaba que V1, recibiera atención oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalcientes en cada Estado⁴⁴.

D. PROYECTO DE VIDA

104. 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 (...)*⁴⁵.

105. 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*”⁴⁶. También ha señalado que dicho daño se deriva de las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.”, párrafos 308.

⁴⁶ Ídem. párrafos 308.



personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional⁴⁷.

D.1 VULNERACIÓN AL PROYECTO DE VIDA DE V1, QV1 Y VI2

106. Por comunicación telefónica de 07 de julio de 2025, sostenida por personal de esta CNDH con QVI1, se pudo conocer que acompañó a V1 durante su estancia en el HGP, pues VI2 se encontraba enfermo, razón por la cual no podía estar cerca de V1; que tuvo que solicitar 5 días a cuenta de su periodo vacacional para cuidarla, y que a VI2, le otorgaron 7 días de permiso por el fallecimiento de V2, tiempo en el cual ambos se dedicaron al cuidado de V1.

107. Se precisó que a V1, le informaron que debían colocarle un método anticonceptivo previo a su alta, por lo que le colocaron una inyección anticonceptiva de la cual no le dieron más información, empero, desde su colocación, ha presentado efectos secundarios; y que V1, necesitaba atención psicológica por los hechos, misma que no la ha recibido.

108. Una vez analizados los hechos, se pudo constatar que V1 y VI2, padecieron de actos y omisiones por parte de personal médico del IMSS cuya injerencia arbitraria impidió gravemente la realización en la referida expectativa de desarrollo personal y familiar factibles en condiciones normales, al tener efectos irreparables o muy difícilmente reparables⁴⁸ para el cumplimiento de su proyecto y/o expectativa

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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



de ser progenitores, viendo su libertad de decisión alterada por factores ajenos, que les fueron impuestos de manera arbitraria.

109. Aunado a ello, QVI1 y VI2, mantuvieron una participación activa en el cuidado de V1, en consecuencia, esta Comisión Nacional les reconoce su calidad de víctima indirecta; en el mismo sentido, en la LGV, se refiere que una víctima indirecta son los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella, cómo es el caso de QVI1, VI2 respecto a V1; por ello esta CNDH ha acreditado también, afectaciones a sus proyectos de vida.

110. 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

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.



CEAV, en la emisión del dictamen de reparación integral del daño de V1, QVI1 y VI2, que para tal efecto determiné.

111. Como ya fue desarrollado previamente, el 25 de septiembre de 2024, se declaró el fallecimiento de V2 teniendo por causas cardiopatía congénita y síndrome de dificultad respiratoria y se precisó que la atención médica brindada a V2 a partir de su nacimiento en el HGP fue adecuada; sin embargo, las complicaciones analizadas derivaron del síndrome de dificultad respiratoria que padeció por la inadecuada e inoportuna atención obstétrica a V1, cursando desde su nacimiento con afecciones, desarrollando estado de sepsis y falla orgánica que derivaron en el fallecimiento de V2.

112. En los hechos analizados, se pudieron constatar omisiones que impidieron el acceso de V1 al nivel más alto de salud materna, teniendo impactos significativos en el bienestar de su producto de la gestación, que una vez que nació V2, trascendió notoriamente en su salud y posterior fallecimiento.

113. En esa tesitura, se pudo constatar que los hechos previamente descritos afectaron de manera conjunta el bienestar de V1 como el de su producto de la gestación, siendo circunstancias que vulneraron el derecho de protección de la salud de V1 y trascendieron al derecho a la vida de V2, situación que fue generada por una atención del parto inadecuada; 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 derecho humano a la vida de V2, por omitir AR1, AR2, AR3 y AR4, 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 del Estado, esta CNDH acreditó su responsabilidad al impedir la supervivencia y desarrollo de V2.



V. CULTURA PARA LA PAZ

114. Esta Comisión Nacional considera que para construir una sociedad donde se promuevan la justicia, la igualdad y la dignidad humana, es esencial promover una cultura de paz, es decir: "un conjunto de valores, actitudes y comportamientos que enfatizan el respeto a la vida, la dignidad humana, los derechos humanos, y que abarca principios como la libertad, la justicia, la solidaridad y la tolerancia".⁴⁹

115. La cultura de paz también busca abordar las causas profundas de los conflictos, trabajando hacia una sociedad que refleje estos valores en su comportamiento cotidiano. Ya sea desde la justicia y la educación, o la construcción de una comunidad pacífica, todos tenemos un papel que desempeñar en la promoción de una cultura de paz.⁵⁰

116. Para esta Comisión Nacional, la cultura de la paz debe ser un propósito afín y común para todas las autoridades involucradas en el cumplimiento de los derechos humanos, pero también debe ser un compromiso de toda la sociedad; por ello, a través de sus determinaciones busca propiciar mayormente esquemas de recomposición del tejido social, acciones encaminadas a la no repetición de los hechos que generaron violaciones a los derechos humanos.

117. Asimismo, este Organismo Nacional hizo público el 13 de septiembre de 2022 el Plan Estratégico por una Cultura de Paz y Derechos Humanos como una

⁴⁹ CNDH, "¿Qué es el derecho humano a la paz?", Perspectiva global, México, Nueva Época, núm. 14, octubre de 2023, pp. 13-14.

⁵⁰ Ídem.



estrategia integral para abordar la violencia y las desigualdades en México desde una perspectiva de derechos humanos⁵¹.

118. Así, nos encontramos ante la posibilidad de contribuir a la construcción de una paz estable y permanente que consolide la transformación de la sociedad y fortalezca la confianza en sus instituciones, reconstruyendo así toda clase de paradigmas preexistentes, con el objeto de contribuir a la construcción y consolidación de una cultura de paz por medio de la reflexión, la investigación, la educación e iniciativas y acciones preventivas como la capacitación que este Organismo Nacional realiza a las autoridades que participan en labores médicas, sobre todo, con el fin de anticipar soluciones a los grandes desafíos que, de otro modo, puedan desembocar en conflictos.

119. Por ello, este Organismo Nacional considera que la presente Recomendación constituye una oportunidad para el IMSS de concretar acciones y sumarse a una cultura de la paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunte valores, actitudes y comportamientos que protejan y garanticen el respeto a la vida, al ser humano y su dignidad, anteponiendo el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como en la comprensión entre los pueblos, colectivos y personas.

⁵¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Presentación del Plan Estratégico por una Cultura de Paz y Derechos Humanos (13 de septiembre de 2022). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=mz_ZYeV-SJ8&t=11s.



VI. RESPONSABILIDAD

VI.1 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

120. 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.

121. Estas obligaciones generales y específicas no solo rigen a los servidores públicos en su actuación, 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 sus servidores públicos.

122. Su cumplimiento obligatorio no deriva solo 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.



123. 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.

124. En el presente caso, de acuerdo a la condición de salud de V1, el IMSS, estaba obligado a otorgar atención médica, por la urgencia obstétrica que presentaba la paciente, hecho que de acuerdo a la LGS y al RLGS, es una condición para que cualquier mujer o persona con capacidad para gestar, puedan recibir atención médica expedita, la cual sea solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

125. V1, fue víctima de violencia obstétrica al omitir o retardar atención oportuna y eficaz de emergencias y servicios obstétricos, tal y como refiere la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de la Ciudad de México, entidad en la que ocurrieron los hechos. Así, impero la violencia institucional al establecer como requisito la derechohabiencia sobre la atención oportuna y de calidad de V1, aun y cuando presentaba una emergencia obstétrica.

126. La atención médica que recibió V1, no fue de calidad, ni eficaz, aun y cuando QVI1, pagó por los servicios de salud que V1 requería, al no ser derechohabiente al



momento de su ingreso. Lo cual implicó la firma de un compromiso de pago y liquidar la cantidad de cinco mil pesos por los servicios que recibió V1, no obstante que estos no se apegaron a los principios de una atención médica de oportuna y apropiada.

127. Es relevante reiterar que las omisiones al derecho a la salud en contra de mujeres embarazadas o personas con capacidad de gestar tiene un sesgo importante, si bien es un acto de violencia de género que las vulnera de manera particular por el ejercicio libre de sus derechos sexuales y reproductivos, al tener implicaciones directas para el producto de gestación o bien para la persona recién nacida.

128. En ese sentido, cuando el producto de la gestación nace a la vida extrauterina, lo hace como titular de derechos humanos universales, interdependientes, indivisibles, y progresivos, siendo uno de ellos, el derecho a que en todo acto externo que le involucre, se tome en estricta consideración su derecho al interés superior de la niñez, actualizando su situación jurídica respecto de todos aquellos actos y omisiones que, aunque fueron sufridos por su madre en el marco de atención en servicios de salud materna, configuran efectos severos en su dignidad después de su nacimiento.

129. En los hechos analizados en esta Recomendación se pudo constatar que los actos y omisiones del personal médico del HGP vulneraron el derecho de protección de la salud materna de V1 y tuvieron un impacto específico en la salud y vida de V2; en ese marco, desde su nacimiento, V2 padeció de los efectos de los hechos violatorios sufridos por V1, además de afectaciones directas a sus derechos humanos, acreditándose, además, la vulneración del derecho humano del interés superior de la niñez en su agravio.



V.2. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

130. Esta CNDH acreditó que el personal del IMSS, en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de V1, al no garantizar, de conformidad con sus propios procedimientos, la protección de los derechos humanos de V1 y V2, mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio, y con ello no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público.

131. V1 acudió al HGP para recibir atención médica por embarazo pretérmino, oligohidramnios e infección de las vías urinarias, sin trabajo de parto, siendo atendida por AR1, AR2, AR3 y AR4, quienes omitieron establecer la vigilancia estrecha del binomio, monitoreo de contracciones uterinas, registro e interpretación de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación fetal, realizar pruebas de bienestar, supervisar cambios en el sistema cardiovascular del feto y advertir la falta de progresión del trabajo de parto, que ameritaba la interrupción inmediata del embrazo vía abdominal.

132. En el caso específico de AR4, se pudo documentar que no registró el orden y duración de cada una de las maniobras realizadas, del tiempo transcurrido entre la dilatación cervical completa y la expulsión del producto de la gestación; tampoco implementó técnicas posicionales, efectuar episiotomía, extrajo con dificultad a V2, provocando moldeamiento cefálico, cefalohematoma parietal derecho, caput succedaneum, equimosis en brazo izquierdo, naciendo con sufrimiento fetal durante la vigilancia intraparto.



133. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102, apartado B, de la CPEUM; 6, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, se tienen evidencias suficientes sobre actos y omisiones que pudieran ser constitutivos de responsabilidad administrativa, para solicitar al IMSS que colabore ampliamente con esta CNDH con motivo de los hechos, que se presentaran al titular del OIC-IMSS, que permita individualizar la responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico del HGP que conforme a derecho correspondan.

VII. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

134. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra en el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 64 y 65, inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.



135. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, párrafos tercero y cuarto; 2º, fracción I, 7, fracciones I, III, VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV, V, 61, 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88 fracciones II y XXIII; 96, 97, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I, 112, 126 fracción VIII; 130 y 131, 144, 145, 146, 147 y 148 de la LGV; 76 y 78 del Reglamento de la Ley General de Víctimas y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos de a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia de tipo obstétrica en agravio de V1; al interés superior de la niñez y el derecho a la vida de V2, así como al proyecto de vida de V1, QVI1 y VI2, este Organismo Nacional les reconoce a las personas, su calidad de víctimas por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud, el acceso a la Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normativa; por lo que la autoridad recomendada deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, QVI1 y VI2 puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

136. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, 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 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.

137. De igual forma, una vez que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, si éstas no inician el proceso para acceder a la reparación integral del daño o en su caso, no continúan con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de las víctimas, en el entendido que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; ello, para que cuando éstas así lo soliciten 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 Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para acceder a la reparación integral señalada en el presente instrumento recomendatorio.

138. Siendo aplicable al caso lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los "Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones", de la ONU; así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los



hechos; así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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

a) Medidas de rehabilitación

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

141. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, el IMSS, en colaboración con la CEAV, deberá proporcionar a V1, VI2 y QVI1 la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para V1, VI2 y QVI1, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a V1, VI2 y QVI1 para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este



Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de satisfacción

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

143. En el presente caso, la satisfacción comprende que la autoridad colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC-IMSS, a fin de que, de ser el caso, se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por los hechos narrados en la presente Recomendación, de manera particular las que se especifican en el apartado responsabilidad de las personas servidoras públicas, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva, de conformidad con 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.

144. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las



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

c) Medidas de no repetición

145. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, éstas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

146. Al respecto, es necesario que las autoridades responsable implementen un ciclo de formación continua y profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud materna, a la vida, al interés superior de la niñez, al trato digno por la situación de vulnerabilidad como persona recién nacida, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido a todo el personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP, en especial a las personas señaladas como responsables AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activos, 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; dicho proceso deberá realizarse en un periodo de seis meses una vez aceptada la Recomendación y se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en el referido proceso; asimismo, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación; ello en cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

147. Se deberá emitir en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya a todo el personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP, en especial a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activo, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud materna, a la vida, al interés superior de la niñez; asimismo, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir al no cumplir con dichas obligaciones o los procesos de evaluación que el IMSS tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esta medida deberá realizarse en un periodo de dos meses; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello en cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

148. A fin de contribuir a la prevención de actos de violencia obstétrica en contra de mujeres o personas gestantes durante el embarazo, parto, puerperio y hasta la lactancia, el IMSS, en un plazo de dos meses, una vez, aceptada la presente Recomendación, deberá realizar las gestiones necesarias para garantizar la difusión del "Modelo de Atención Materna Integral (AMIIMS)", a través de carteles



informativos previamente diseñados, en los que se contengan los principios del “Decálogo de Atención Materna Integral”, mismos que deberán difundirse en un lugar visible para las personas derechohabientes y el personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP; lo anterior con la finalidad de garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud materna, desde el control prenatal hasta el periodo puerperal y una ruta de atención eficiente en servicios médicos de segundo y tercer nivel de forma oportuna. Hecho lo anterior, se enviará a esta Comisión Nacional las evidencias que acrediten su cumplimiento; Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.

149. Asimismo, el IMSS, deberá garantizará la emisión de una circular, que instruya al personal directivo y médico de los servicios de Ginecología y Obstetricia del HGP a implementar el “Modelo de Atención Materna Integral (AMIIMS)”, y llevar a cabo las gestiones necesarias para el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud materna, hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento, que acrediten su cumplimiento; Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio séptimo.

150. 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 su respectivo ámbito de competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a



los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

151. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, formula respetuosamente a usted, titular del IMSS, las siguientes:

VIII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, QVI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, con la finalidad de que V1, QVI1 y VI2 puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. La autoridad recomendada en colaboración con la CEAV, deberá proporcionar a V1, QVI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho,



por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC-IMSS, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por los hechos narrados en la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Implementar un ciclo de formación continua y de profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al interés superior de la niñez, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido a todo el personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP, en especial a las personas señaladas como responsables, en caso de continuar laboralmente activo, 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; dicho proceso deberá realizarse en un periodo de seis meses una vez aceptada la presente Recomendación y se acreditará con la elaboración del programa para implementarse en el referido proceso; asimismo, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación.



QUINTA. Se deberá emitir en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya a todo el personal médico de los servicios de Ginecología y Obstetricia del HGP, en especial a las personas señaladas como responsables AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activo, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al interés superior de la niñez; asimismo, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir al no cumplir con dichas obligaciones o los procesos de evaluación que la autoridad tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esta medida deberá realizarse en un periodo de dos meses; hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Difundir en un plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, como una medida reforzadora en la implementación del "Modelo de Atención Materna Integral (AMIIMS)", el IMSS deberá realizar las gestiones necesarias para garantizar la difusión del citado modelo a través de carteles informativos previamente diseñados, en los que se contengan los principios del "Decálogo de Atención Materna Integral", mismos que deberán difundirse en un lugar visible para las personas derechohabientes y el personal médico de los servicios de Ginecología y Obstetricia del HGP, en; lo anterior con la finalidad de garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud materna, desde el control prenatal hasta el periodo puerperal y una ruta de atención eficiente en servicios médicos de segundo y tercer nivel de forma oportuna. Hecho lo anterior, se enviará a esta Comisión Nacional las evidencias que acrediten su cumplimiento.



SÉPTIMA. Emitir una circular, que instruya al personal directivo, así como médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGP a implementar el “Modelo de Atención Materna Integral (AMIIMS)”, y llevar a cabo las gestiones necesarias para el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud materna, desde el control prenatal hasta el periodo puerperal y una ruta de atención eficiente en servicios médicos de segundo y tercer nivel de forma oportuna; hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

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

152. 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 1º, 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.

153. 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.



154. 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 mismo para informar sobre su aceptación.

155. 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