

RECOMENDACIÓN NO. 170/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE QV1, AL DERECHO A LA VIDA DE V2 Y DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23 Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2023

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E**

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2019/4801/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1 y V2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI; 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Quejosa/Víctima	QV
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
SDG	Semanas de gestación

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

Denominación	Siglas, acrónimo o abreviatura
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Nacional/ CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres	CEDAW
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Clínica de la Unidad de Medicina Familiar No.23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	UMF No. 23
Hospital General de Zona No. 2, "5 de Mayo", del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	HGZ No. 2
Delegación Estatal de la Fiscalía General de la República, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	DELEG.FGR-TGCH

Denominación	Siglas, acrónimo o abreviatura
Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo (IMSS-028-08)	GPC-IMSS-028-08
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino (IMSS-063-08)	GPC-IMSS-063-08
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM-025-SSA3-2013
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
Carpeta de Investigación	CI1

I. HECHOS

5. El 26 de abril de 2019 se recibió en esta Comisión Nacional, la queja interpuesta por la QV1, por una inadecuada atención médica que le fue proporcionada por parte del personal de la UMF No. 23 y del HGZ No. 2 del IMSS, en Tuxtla Gutierrez, Chiapas, que derivó en la muerte de V2.

6. QV1 manifestó que en las citas de su Control Prenatal que se llevaron a cabo desde el 18 de enero hasta el 4 de mayo de 2018, fue atendida por AR1, médico general adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 23, quien omitió brindarle un tratamiento y atención pertinente, ya que no tenía especialidad en ginecología.

7. El 16 de mayo de 2018, QV1 ingresó al área de Urgencias del HGZ No. 2 del IMSS, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con dolor abdominal y sangrado vía vaginal y fue hasta el 17 de mayo de 2018, que QV1 ingresó al área de Ginecología y

Obstetricia con diagnóstico de infección en vías urinarias, para manejo de uteroinhibición y antibioticoterapia.

8. El 20 de mayo de 2018, QV1 nuevamente presentó sangrado y dolor abdominal, y solicitó atención de un ginecólogo, siendo enterada que “solo hay un especialista en ginecología para todo el hospital, por lo que tenía que aguantarse y esperar a que llegará el ginecólogo”, lo cual ocurrió después de 7 horas. En la misma fecha, AR2 revisó a QV1 e instruyó remitirla a labor de parto, para que tuviera al producto en gestación (20 SDG) Semanas de Gestación, vía vaginal. Después de varias horas, QV1 expulsó vía vaginal a V2, mientras se encontraba sola en una camilla, sin atención ni asistencia médica.

9. Después de varios minutos, AR2 acudió para asistir a QV1, y le informó que V2 estaba muerto y la canalizó a la sala de labor de parto, en donde le realizaron un Legrado Uterino¹.

10. En la misma fecha AR3, personal médico neonatólogo adscrito al HGZ No. 2, informó a QV1 y V3 que V2, de 5 meses y medio de gestación, “nació muerto, pero que respiró y viviría por un lapso de horas”, mientras les notificaron esta información, V2 lloró en dos ocasiones y al revisarlo, les informaron que su ritmo cardiaco era de 150 pulsaciones. Desde ese momento QV1 y V3 exigieron que pusieran a V2 en una incubadora, negándose bajo el argumento de que “no era viable”.

11. El 21 de mayo de 2018, QV1 fue dada de alta y PSP1, le informó que V2 “tenía posibilidades de vivir, pero que llevaba más de 15 horas respirando sin

¹ Legrado Uterino Instrumental (LUI): Método de evacuación del contenido uterino por medio de legras. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente. IMSS.

asistencia”. Por lo anterior, V3 solicitó nuevamente la atención inmediata de V2, y fue ingresado a terapia intermedia. Sin embargo, el 22 de mayo de 2018, PSP2 le informó a QV1 y V3, que V2 había fallecido.

12. Por todo lo anterior, QV1 y V3 solicitaron la intervención de esta Comisión Nacional para conocer de las presuntas violaciones a derechos humanos cometidas por personas servidoras públicas del IMSS, en su agravio, lo que entre otras afectaciones, tuvo como consecuencia la pérdida de la vida de V2.

13. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2019/4801/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 QV1 y V2 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

14. Escrito de queja de QV1, del 26 de abril de 2019, en contra del personal de la HGZ No. 2 del IMSS, con anexos de evidencias.

15. Acta circunstanciada de 4 de mayo de 2019, que hace constar la comunicación sostenida por personal de esta Comisión Nacional con V3, en la que informó que presentó una denuncia ante la autoridad ministerial, por la violencia obstétrica de la que fue objeto QV1 y por la pérdida de la vida de V2, en contra del personal médico del IMSS.

16. Oficio 095217614C21/3292, de 8 de noviembre de 2019, mismo que se recibió en este Organismo Nacional el 15 de noviembre de 2019, en el cual el personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS comunicó la atención otorgada durante el alumbramiento de la paciente; así como el diagnóstico y la decisión de suspender toda aplicación de medicamentos y el oficio No. D/070101200200/1190/2019, de fecha 5 de noviembre de 2019, a través del cual el Director del Hospital General de Zona No. 2, comunicó que se inició carpeta de investigación FED/CHIS/TGZ/0001477/2018.

17. Oficio 095217614C21/3564, de 6 diciembre de 2019, por el cual personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, remitió copia certificada del expediente clínico de la atención otorgada a QV1 en el HGZ No. 2, de la que destaca lo siguiente:

17.1 Ultrasonido obstétrico integral, de 14 de abril de 2018, en el que se señala que QV1 presentaba 19.6 SDG.

17.2 Ultrasonido obstétrico, de 17 de mayo de 2018, en el que se señala que QV1 presentaba 24.2 SDG.

17.3 Nota de evolución, de 18 de mayo de 2018, relativa a paciente femenina de 30 años, con diagnóstico de 24.4 SDG, con 134 de frecuencia cardíaca fetal; sin actividad uterina, escasa salida de sangre, suscrita a PSP3.

17.4 Nota de evolución de, 18 de mayo de 2018, donde se lee: “[...] Sin actividad uterina, se observa disminución en el manchado de la toalla testigo. Se mantiene estrecha vigilancia del binomio, se espera mejoría clínica para valoración de alta”, suscrita por PSP7.

17.5 Nota evolución, de 19 de mayo de 2018, relativa a paciente femenina de 30 años, con diagnóstico de 24.5 SDG, con 143 de frecuencia cardiaca fetal; sin actividad uterina, toalla testigo con pocas rayas hemáticas, firma AR2.

17.6 Consentimiento Informado para la atención obstétrica, de 20 de mayo de 2018.

17.7 Nota de evolución, de 20 de mayo de 2018, a las 09:20 horas, en la que se refiere paciente femenina de 30 años, actualmente con “actividad uterina y con intranquilidad y quejumbrosa”. Plan bajo labor para monitoreo y útero-inhibición. Pronóstico malo por edad gestacional. Firma AR2.

17.8 Nota de ingreso a tococirugía, de 20 de mayo de 2018, a las 10:57 horas, en la que se precisó, paciente femenina de 30 años, con 24.6 SDG, con dolor tipo obstétrico, escaso manchado transvaginal sanguinolento, no fétido, afebril. Paciente consciente, intranquila, con signos vitales normales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por útero gestante, contracciones uterinas esporádicas dolorosas, refiere poca movilidad fetal, frecuencia cardiaca fetal 136, 1 centímetro de dilatación, 90% de borramiento, moco con sangre no fétido, extremidades normales. Firma AR2.

17.9 Nota médica de evolución de 21 de mayo de 2023, de las 07:30 horas, en la que refiere a QV1, asintomática con disminución del dolor, mejoría clínica, con ligero sangrado no fétido, con signos vitales dentro de los parámetros normales. No se puede determinar quién firma la nota.

- 17.10** Nota de evolución de labor de 20 de mayo de 2018 de las 13:00 horas, en la que refiere a QV1, con embarazo de 24.6 SDG, Trabajo de Parto inmaduro extremo y manejo con Uteroinhibición y frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto. Firmada por AR2.
- 17.11** Nota de revaloración, de 20 de mayo de 2018, de las 15:45 horas, en la que la paciente solicita la realización de cesárea y se le explican los riesgos por inmadurez y mal pronóstico fetal ante la condición avanzada de dilatación, se espera resolución vía vaginal. En la que se asienta que la paciente solicita suspender medicamentos y solicita informes con familiar para toma de decisión conjunta. Suscrita por AR2.
- 17.12** Nota agregada de 20 de mayo de 2018, de las 16:00 horas, en donde QV1 refiere que desea que se suspenda toda aplicación de medicamento para detener el trabajo de parto, firmada por ella y por V3. Suscrita por AR2.
- 17.13** Nota posparto, de 20 de mayo de 2018, a las 18:45 horas, en la que se manifestó atención de parto pélvico "... y se entrega a pediatra para su somatometría final, producto sin actividad cardiaca, ni respiratoria al momento de su atención...", "...recién nacido con evidencia de actividad cardiaca y respiratoria tenue, se entrega a pediatra para atención...". Firma AR2.
- 18.** Oficio 095217614C21/319 de 30 de enero de 2020, en el cual personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, presentó copia de los estudios practicados, el ultrasonido y copia del expediente clínico de la atención otorgada a QV1 en la UMF No. 23.

18.1 Oficio 072403200200/DIR-0024/2020, de 27 de enero de 2020, en el que la Directora de la UMF No. 23 del IMSS en Tapachula, Chiapas, informa las gestiones realizadas a QV1 en la UMF No. 23, en la que manifestó: “no es posible realizar informe con el personal médico familiar que otorgó la atención a la derechohabiente, debido a que ya no labora en el Instituto, debido a que terminó su relación laboral con el IMSS por años de servicio”.

18.2 Diagnóstico y tratamiento de 4 de mayo de 2018, en el que refiere embarazo con proteinuria, sin hipertensión, primera vez, cervicovaginitis. Y se refiere envió HGZ No.2 Obstetricia, motivo del envió “se envía para valoración”, sin advertirse la hoja de canalización o remisión. Firmada por AR1.

18.3 Nota médica en la que no se advierte la fecha en la que se refiere el diagnóstico: “Amenaza de Aborto Primera Vez”. Suscrita por AR2.

19. Oficio 095217614C21/611, de 26 de febrero de 2020, en el cual personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, presentó copia del expediente clínico de la atención otorgada a V2 en el HGZ No. 2.

19.1 Carta de Consentimiento Informado firmada por QV1, de 21 de mayo de 2018, en la que no se advierte firma de testigo ni el personal médico responsable.

- 19.2** Nota pediatría área de reanimación neonatal de 20 de mayo de 2018, a las 21:30, firmada por AR3, y Nota pediatría área de reanimación neonatal de 21 de mayo de 2018, firmada por AR4.
- 19.3** Nota de 20 de mayo de 2018, en la cual se describe el Consentimiento Informado del procedimiento de anestesia, firmada por personal médico adscrito al HGZ No. 2.
- 19.4** Nota de evolución de 21 de mayo de 2018, de QV1, con la referencia de pronóstico reservado, suscrita por personal médico adscrito al HGZ No. 2.
- 19.5** Nota de egreso de 21 de mayo de 2018, del HGZ No. 2 y resumen clínico de QV1, suscrita por AR5.
- 19.6** Nota informativa de la atención otorgada a QV1, desde su ingreso el 16 de mayo de 2018 al egreso registrado el 21 de mayo de 2018 por PSP4, encargado de la Dirección del HGZ No. 2, sin fecha de elaboración.
- 19.7** Certificado de nacimiento de V2, emitido por la Secretaría de Salud, con folio 022183982.
- 20.** Correo electrónico, de 8 de noviembre de 2021, por el cual personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, comunica y remite la determinación de la Comisión Bipartita, la que se emitió mediante acuerdo de 14 de abril de 2021, en sentido improcedente.

- 21.** Opinión Médica elaborada por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, de 13 de julio de 2022, quien concluyó que la atención de QV1 no fue adecuada, lo cual tuvo como consecuencia la pérdida de la vida de V2.
- 22.** Constancia Ministerial de la notificación por estrados de la Determinación del No Ejercicio de la Acción Penal de la CI1.
- 23.** Acta circunstanciada de 27 de marzo de 2023, en la que QV1 informó que personal de la referida DELEG-FGRTGCH, hizo de su conocimiento la determinación del No Ejercicio de la Acción Penal de la CI1.
- 24.** Acta circunstanciada de 13 de marzo de 2023, que hace constar la comunicación de personal de esta Comisión Nacional con QV1, en la que se le informó la determinación de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional.
- 25.** Acta circunstanciada de 21 de marzo de 2023, en la que se realizó gestión con el personal de la DELEG-FGR-TGCH, a fin de que se le proporcione atención e información a QV1 sobre su CI1.
- 26.** Acta circunstanciada de 23 de marzo de 2023, en la que la persona servidora pública de la DELEG-FGR-TGCH, que da fe de la recepción del correo electrónico mediante el cual atendió la solicitud de hacer llegar a este Organismo Nacional la determinación de la CI1: “los hechos denunciados ante la autoridad ministerial no constituyen un ilícito, de acuerdo a lo establecido en el dictamen pericial en materia de medicina forense, así como de la opinión médica técnica, por lo que se determinó no existió voluntad y acción humana que colme la exigencia de un tipo penal”, por

lo que la FGR-TGCH decretó el no ejercicio de la acción penal, por la responsabilidad médica atribuida, con motivo de los hechos en agravio de QV1 y V2.

27. Acta circunstanciada de 02 de agosto de 2023, que hace constar la comunicación sostenida por personal de esta Comisión Nacional con QV1, en la que informó nombre de las víctimas y proporcionó copia de las actas de nacimiento de V3 y V4.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

28. El caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita, el cual se resolvió, mediante acuerdo de 14 de abril de 2021, en sentido improcedente, desde el punto de vista médico en el que se determinó que QV1 *“fue, fue valorada por Médico Familiar y Obstetra; ambos especialistas; recibió un manejo conjunto tanto es su UMF y HGZ. Existen evidencia documental en donde se plasma que la paciente-se le otorgó uteroinhibición y vigilancia para el binomio, firmando para que se retirara; naciendo producto prematuro extremo con peso de 650 gramos; firmando la paciente y su esposo para dar medidas de confort para el recién nacido. Tanto la madre como el recién nacido fueron atendidos conforme a las Guías de Práctica Clínica y Normatividad vigente; se considera que la atención médica institucional fue adecuada, oportuna y de calidad idónea, como lo señala el artículo 51, Capítulo IV de la Ley General de Salud. Tanto la paciente como su esposo decidieron libremente sobre su atención y otorgaron sus consentimientos válidamente informados para los tratamientos y procedimientos que se les otorgaron”*. También determinó informar de la queja al Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, en Chiapas, para que considerara iniciar la investigación administrativa correspondiente.

29. Antes de acudir a este Organismo Nacional, el 17 de agosto de 2018, QV1 presentó denuncia en la DELEG-FGR-TGCH, por “Responsabilidad médica profesional en su modalidad de lesiones”, por lo que se inició la CI1, la cual se determinó el 22 de noviembre de 2022 con el no ejercicio de la acción penal, en la que se asentó: *“Que la atención médica proporcionada a V2, hijo de QV1, por parte de los médicos del HGZ No. 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del 20 al 22 de mayo de 2018, fue adecuada, acorde a la Lex Artirs², procediendo correctamente con las técnicas específicas para el caso en particular y aceptadas dentro de la profesión de la medicina”*.

30. A la fecha de la emisión de esta Recomendación, no se contó con evidencia que permitiera acreditar la existencia de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, con motivo de los hechos de queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

31. Del análisis realizado al conjunto de evidencias del expediente de queja **CNDH/4/2019/4801/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, perspectiva de género e interés superior de la niñez y a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como de criterios y de la CrIDH, se cuenta con evidencias suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos relativos a la protección a la salud, incluyendo el derecho a vivir libre de violencia obstétrica, en agravio de QV1;

² *Lex artis* o *lex artis ad hoc* es otro de los conceptos esenciales para el Derecho Sanitario y en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud. Consultable en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf. Fecha de consulta: 10 de abril de 2023.

así como a la vida, en agravio de V2, atribuibles al personal médico la UMF No. 23 y del HGZ No.2, con base en las consideraciones siguientes:

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE EL CASO DE QV1

32. De manera inicial y previo al análisis de las consideraciones médicas sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, desde una perspectiva de género que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, fracción VI, de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, nos permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, considerando además la interseccionalidad que prevé la LGAMVLV, esto es, que la perspectiva de género tiene que mirar también diferencias de clase, edad, género, sexo, condición económica, entre otras, ya que, en relación con los contextos específicos y experiencias concretas, pueden dar pie a situaciones de opresión y privilegio, negando así sus derechos.

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

34. En atención a ello, este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las

mujeres, como el derecho a la salud sexual y reproductiva, cuyo impacto no debe continuar siendo invisibilizado o minimizado, por lo que se requiere realizar acciones para que las prácticas rutinarias y sistemáticas del personal médico se realicen, no sólo con suma pericia, sino también dispongan de los elementos necesarios para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que pone en evidencia la histórica desigualdad de las mujeres; de manera particular, aquellas que viven desigualdad económica y que se materializa, entre otros aspectos, en falta la atención médica gineco-obstetra segura y oportuna, que debieran recibir en los servicios de salud a cargo del Estado.

35. Asimismo, en los hechos descritos, se involucran los derechos humanos de un recién nacido, por lo que el enfoque de cada una de las observaciones que conforman este instrumento Recomendatorio adoptará también la más amplia consideración al interés superior de la niñez, como derecho y como principio, mediante el respectivo análisis transversal de la actuación de las autoridades involucradas, de conformidad con el estándar más protector en la materia.

36. Por todo lo anterior, para la Comisión Nacional resulta procedente emitir la presente Recomendación, relacionada con las afectaciones a diversos derechos, entre ellos, el derecho a la protección de la salud y el derecho a vivir libre de violencia de QV1, lo que tuvo como resultado la pérdida de la vida de V2, circunstancias que también trascienden y generan afectaciones de manera indirecta a V3 y V4.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

37. La protección a la salud es un derecho humano contemplado en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM. El derecho a la salud es vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.³

38. De acuerdo con la CrIDH, el derecho humano a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.⁴

39. La OMS, como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, refiere que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de la salud de calidad suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad.⁵

40. Por lo anterior, el Estado requiere implementar medidas y acciones que permitan evaluar las necesidades, las consecuencias y las condiciones de desigualdad a las que se enfrentan las mujeres, como lo es la maternidad, discriminación y violencia en el ejercicio de su sexualidad con relación a los hombres cuando ejercen su derecho al acceso a la salud. “En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación

³ La Ley General de Salud, define en su artículo 1 Bis, que la salud se entenderá como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

⁴ CrIDH. *Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022, párrafo 60.

⁵ Organización Mundial de la Salud. *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Fecha de consulta: 26/06/2023.

de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.”⁶.

41. El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, refiere que la protección al derecho a la salud de las mujeres implica “que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”⁷. Este informe es muy claro al evidenciar que cuando las mujeres acceden a su derecho a la salud, tienen la posibilidad y capacidad para participar en todas las esferas de la vida, tanto pública como privada.

42. En el mismo sentido, 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 servicios”⁸.

43. De la misma manera, la CEDAW en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar el acceso a los servicios de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

⁶ CrIDH, *Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile*. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

⁷Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>. Fecha de consulta 27/03/2023.

⁸ CEDAW, Recomendación General N.º 24: Artículo 12 CEDAW, “La mujer y la salud” 1999, párr. 21.

44. En tanto que la CrIDH ha establecido como un deber del Estado, “el asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz; así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población”⁹ como parte del acceso al derecho a la salud. También ha señalado “que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”¹⁰.

B.1 Derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres

45. Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran regulados en diversos ordenamientos internacionales, en los cuales se plasma la posibilidad de las personas de ejercer libremente su autonomía física, sexual y reproductiva.

46. En ese sentido, la salud sexual de las mujeres tiene como objetivo “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”,¹¹ lo que significa tener una vida sexual satisfactoria, segura y libre de violencia y discriminación.

47. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, establece la primera definición sobre la salud reproductiva como el “estado general de bienestar físico, mental y social, y no por la única ausencia de enfermedades o

⁹ CrIDH, *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 118.

¹⁰ Op. Cit., párrafo 120.

¹¹ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, párrafo 94, página 37.

dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos¹².

48. De acuerdo con la *Plataforma de Acción de Beijing de 1995 de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, “los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”¹³.

B.1.1. Derechos reproductivos de las mujeres

49. Los derechos reproductivos conllevan la capacidad de las parejas y de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, satisfactoria y sin riesgos, además de decidir libremente procrear o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; derechos que están regulados en el artículo 4° de la CPEUM, al garantizar el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas.

50. Así, a nivel internacional, la CEDAW garantiza a las mujeres la igualdad de derechos al momento de decidir “libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”¹⁴.

¹² Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Capítulo VII. Derechos y salud reproductivos, Bases para la acción 7.2.

¹³ Salud y derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>. Fecha de consulta: 20/06/2023.

¹⁴ Artículo 16, inciso e de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.

51. El ejercicio pleno de los derechos reproductivos implica la posibilidad de ejercer la sexualidad de manera independiente de la reproducción; estar libre de discriminación, presión o violencia en nuestras vidas sexuales y en las decisiones sexuales; contar con acceso a educación sexual (y afectiva) desde temprana edad, dirigida al desarrollo de la persona; el ejercicio responsable de la sexualidad en forma plena, libre e informada y tener acceso a servicios de salud y atención de Urgencia Obstétrica¹⁵.

52. La OMS se ha pronunciado en el siguiente sentido: *Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación*¹⁶.

B.1. 2. Salud materna

53. La sexualidad de las mujeres es un tema que se encuentra inmerso en una serie de creencias y sesgos de género que relacionan la vida sexual y reproductiva con la maternidad y la fertilidad como un común denominador para las mujeres, resultado de un esquema patriarcal que prepondera esta actividad como la función principal de las mujeres.

54. Sin embargo, la maternidad, como parte del proceso reproductivo de la mujer, conlleva el pleno ejercicio de la autonomía física y sexual. La maternidad es una

¹⁵ Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivo2/#:~:text=%3E%20Decidir%20libremente%20respecto%20de%20la,y%20reproductiva%3B%20interrupci%C3%B3n%20del%20embarazo>. Fecha de consulta: 29-03-2023.

¹⁶ Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consultable en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf. Fecha de consulta: 29-03-2023.

determinación personal y de pareja, que implica la voluntad personal que corresponde a la titular de los derechos reproductivos.

55. En el caso de Chiapas, este derecho se encuentra protegido en el artículo 49, fracción VIII, de la Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, en el que, de manera textual, refiere:

Artículo 49.- Los tipos de violencia contra las mujeres son:

[...]

VIII. Violencia de los derechos reproductivos. - Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal y obstétricos de emergencia.¹⁷ [...].

56. Es importante resaltar que, de acuerdo al monitoreo legislativo sobre derechos sexuales y reproductivos, sólo nueve entidades federativas en nuestro país regulan la protección de estos derechos¹⁸.

¹⁷ Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. Disponible en: <https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/IMH/CHIS-LDCIGAVLVM.pdf>. Fecha de consulta: 28/06/2023.

¹⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, Monitoreo Legislativo. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Observancia/Reportes_Monitoreo_Legislativo. Fecha de consulta: 28/06/2023.

57. 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.”¹⁹.

58. En este tenor, la CrIDH hace referencia a la obligación que tienen los Estados Parte de garantizar la salud de la persona gestante como: “el deber de asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad segura y a servicios obstétricos de emergencia, y de asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.”²⁰.

59. Por otra parte, la OMS ha precisado que para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres.²¹

60. De la misma forma ha señalado una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal, con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo; así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación; entre ellas: un incremento en las visitas de atención prenatal (un mínimo de ocho visitas con los profesionales de la salud); incremento en las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, con el

¹⁹ Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

²⁰ CrIDH. Opinión Escrita del Centro de Derechos Reproductivos, pág. 17. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-29/34_Centro_DR.pdf. Fecha de consulta: 28/06/2023.

²¹ Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

objetivo de que el embarazo tenga una conclusión positiva; asesoría sobre hábitos alimenticios saludables, nutrición e ingesta de vitaminas y minerales para el desarrollo del producto en gestación. Todo lo anterior, con la finalidad de mejorar la calidad de atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal.²²

61. También ha señalado que, para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres.

62. Así, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos debe iniciar por garantizar la maternidad; asimismo se puede traducir en mejores condiciones y acceso a la salud y bienestar para las mujeres y la sociedad, pues contribuyen a un mejor cuidado antes y durante la gestación, mejor atención prenatal desde los primeros meses, identificación temprana de riesgos y prevención de muertes maternas.²³

63. Si bien a nivel nacional e internacional se prepondera que las mujeres puedan hacer efectivo el goce y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en el cotidiano existen diversas limitantes que impiden que se lleven a cabo.

64. Como se ha mencionado en líneas anteriores, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres conlleva una barrera de desigualdad, la cual les impide acceder a estos, en condiciones de igualdad y libres de violencia. Lo

²² Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>. Fecha de consulta: 29-03-2023.

²³ UNFPA, Estado de la Población Mundial del 2022, *Visibilizar lo Invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*, 2022. Disponible en: www.unfpa.org/swp2022

anterior, porque prevalece en el imaginario social que las mujeres sólo acceden a sus derechos en función de “la maternidad” y posterior a ella.

65. Sin embargo, los ordenamientos nacionales e internacionales protegen estos derechos desde el enfoque de la autonomía de las mujeres para tomar de manera libre e informada decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y maternidad. Así, el Estado es la autoridad responsable de garantizar que estos derechos se cumplan de manera efectiva e integral para todas las mujeres.

66. Y en el caso que nos ocupa, las instituciones de salud y el personal médico deben apegarse a la legislación, a las normas; así como a las guías, que regulan y protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; además, deben implementar lineamientos, medidas o acciones que protejan su derecho a la salud y la vida.

B.2 VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD DE QV1

67. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se analiza de manera integral el derecho a la salud de QV1, debido a que los hechos refieren una inadecuada atención e intervención por parte del personal de salud del IMSS, durante la atención prenatal, el parto y el puerperio. Considerando que QV1 recibió una inadecuada atención prenatal, ocasionando dilación en el diagnóstico y tratamiento oportuno del binomio madre-hijo²⁴; lo que contribuyó a la pérdida de la vida de V2.

²⁴ Es el conjunto de dos personas que incluye a la madre (embarazada) y al producto de la concepción (hijo), que tienen una estrecha relación biológica, que predispone a la transmisión de diferentes agentes infecciosos; entre ellos, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la madre al feto durante la gestación, el período anterior al parto o nacimiento, en forma simultánea o posterior al mismo. Ver: GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH 2011).

B.2.1 Dilación injustificada de referencia; diagnóstico; tratamiento adecuado y oportuno al que tenían derecho el binomio madre-hijo

68. En el presente caso, es importante tomar en cuenta que la violación a la protección a la salud de QV1, se conecta directamente con el derecho al ejercicio pleno de sus derechos reproductivos durante el embarazo, de manera específica al acceso a la salud materna y que, derivado de las omisiones durante el Control Prenatal, dicha inobservancia tuvo repercusiones en la evolución clínica, estado de salud y en la vida de V2.

B.2.2. Salud materna

69. La CrIDH refiere “que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos”²⁵, y cuando nos referimos a la salud materna, no sólo se ven afectados los derechos de la mujer o la persona gestantes, sino por consiguiente, los derechos del producto de la gestación.

70. Con relación a la salud materna, la CrIDH establece que se considera “la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto, y de asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios”²⁶.

71. Así mismo, la CrIDH ha sostenido que es una obligación general de los Estados “asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud,

²⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH), *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Sentencia de 8 marzo de 2018, párrafo 118.

²⁶ Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Disponible en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.”²⁷. Ello implica que los Estados tienen una obligación de adoptar medidas de prevención y protección contra los posibles riesgos para la integridad que las mujeres enfrentan por falta de los cuidados y servicios médicos adecuados.²⁸

72. El 18 enero de 2018, QV1 acudió a la UMF No. 23 para iniciar con la atención de su Control Prenatal²⁹, en donde fue valorada por AR1, quien diagnosticó: “Embarazo normal³⁰”, de 7 SDG, aproximadamente, indicando cuidados prenatales y señaló los signos de alarma del embarazo, por lo que solicitó ultrasonido obstétrico para su siguiente cita en 8 días después. Cabe resaltar que, de acuerdo con la determinación del personal especializado de esta CNDH, AR1 omitió considerar los antecedentes obstétricos de QV1, con el objetivo de investigar exhaustivamente los posibles factores de riesgo que pudiera comprometer su embarazo.

²⁷ *Op. Cit.* CrIDH, *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*, párrafo 118.

²⁸ Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, “Deberes de los Estados para que las Mujeres Accedan a Servicios de Salud Materna sin Discriminación. Relatoría sobre los Derechos de la Mujer. Consultable en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap3.sp.htm>

²⁹ **Control Prenatal:** son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Desde el primer contacto con la mujer embarazada se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta y pruebas de laboratorio; identificar síntomas y signos de alarma, enfocarse a descartar y tratar padecimientos subyacentes, establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencia que se puedan presentar durante el embarazo, buscar intencionadamente y considerar los siguientes factores de riesgo identificados para resultados adversos del embarazo y que son modificables: enfermedades infecciosas y factores de riesgo para parto pretérmino, entre otras, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo (IMSS-028-08) emitida por la Secretaría de Salud.

³⁰ **Embarazo normal:** es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo (IMSS-028-08) emitida por la Secretaría de Salud.

73. Del análisis de las evidencias que se integran en la presente Recomendación y conforme a la Opinión Médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, la primera violación que se advierte en el presente caso es la violación al derecho a la salud de la mujer gestante en el inicio de su tratamiento de atención a su embarazo, lo que medicamente se conoce como Control Prenatal.

74. Las mujeres embarazadas tienen derecho a obtener servicios de salud, de acuerdo al artículo 61 Bis de la LGS; derecho que implica acceder a prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable; así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; además, de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen."[C]ondiciones necesarias para el acceso al más alto nivel de salud; sexual, reproductiva y materna, así como para el disfrute pleno de sus derechos reproductivos."³¹

75. Al periodo inicial en el que las mujeres embarazadas comienzan su proceso de atención médica se le refiere como Control Prenatal que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, son "*todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal*"³². Es decir, es el ejercicio pleno del acceso a la salud, que les permite

³¹ La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>. Fecha de consulta 03/07/2023.

³² Instituto Nacional de Salud Pública. *Control Prenatal*. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/icce_04.pdf. Fecha de consulta:04/04/2023.

recibir una atención especializada a fin de tener un parto sin riesgos ni complicaciones para el binomio materno-fetal.

76. El IMSS, por medio de su GPC-IMSS-028-08, establece que el Control Prenatal es el periodo en el que una mujer embarazada acude a la institución de salud y la respectiva “consulta médica de calidad”, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos y prevenir complicaciones. En el presente caso, es importante resaltar que QV1 acudió, como lo marca la Norma, en cinco ocasiones a la UMF No. 23, para recibir atención y seguimiento de su embarazo por personal médico especializado.

77. Respecto al Control Prenatal, la OMS ha dicho:

[...] la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.³³

78. Sin embargo, aunque QV1 acudió el 25 de enero, 26 de febrero; 5 de marzo, 5 de abril y 4 de mayo, todos esos días correspondientes al año 2018, considerando que todas las visitas fueron de Control Prenatal, en la misma sede hospitalaria de la UMF No. 23, habiendo sido atendida por el mismo médico tratante AR1, quien

³³ Organización Mundial de la Salud. Consultable en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>. Fecha de consulta: 04/04/2023.

omitió otorgarle a QV1 una atención de calidad como lo marca la GPC IMSS-028-08.

79. Por lo anterior, QV1 cumplió con su asistencia a la institución de salud, con el Control Prenatal; no obstante, el personal del IMSS no cumplió con llevar a cabo una atención de calidad, tomando en cuenta que las Recomendaciones de la OMS, sobre la atención prenatal, establecen que “el grado en que [se prestan] los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados”³⁴.

80. De acuerdo al expediente clínico, el 25 de enero de 2018, QV1 acudió por segunda vez a la UMF No. 23, en donde refirió a AR1 la siguiente sintomatología: polaquiuria³⁵ con 7 días de evolución; sangrado transvaginal escaso con coágulos y dolor pélvico de 2 días de evolución; de acuerdo a la exploración médica, AR1 describió que la paciente consignó dolor leve suprapúbico, sin presencia de sangrado transvaginal y diagnosticó: “Amenaza de aborto de primera vez”, con 8 SDG y asentó que QV1 había sido previamente valorada en Urgencia de Tococirugía³⁶, sin que exista registro de la atención (fecha, hospital, diagnóstico y tratamiento) en el expediente clínico.

³⁴ Organización Mundial de la Salud, Calidad de la atención. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1. Fecha de consulta: 04/04/2023.

³⁵ La polaquiuria es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche, pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/polaquiuria>. Fecha de consulta: 01/08/2023.

³⁶ Unidad de obstetricia o tocología: conjunto de áreas interrelacionadas, en donde se lleva a cabo la valoración, preparación, vigilancia y atención, tanto de la mujer embarazada, como del recién nacido. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/marconormativo/NormasOficiales/4370.pdf>. Fecha de consulta: 02/08/23

81. Así, la referencia de “amenaza de aborto³⁷ de primera vez”, resulta ser un factor de riesgo, por lo que de acuerdo con la GPC IMSS-028-08, ante la presencia de hemorragia en el primer trimestre, se recomienda remitir a la paciente del primer al segundo nivel de atención especializada. En esta atención, AR1 omitió identificar los factores de riesgo para aborto y/o parto pretérmino durante la primera y segunda consulta, permitiendo la progresión de la infección de vías urinarias que ya se estaban instaurando desde la primera consulta. Cabe resaltar que, desde esta segunda atención prenatal, AR1 omitió canalizar a QV1 a segundo nivel de atención especializada por los riesgos de aborto y/o parto pretérmino, lo que impidió que QV1 accediera a un tratamiento y atención adecuada.

82. El 26 de febrero de 2018, AR1 reportó a QV1 con 12 SDG, refiriendo nuevamente sangrado transvaginal escaso, sin especificar tiempo de evolución, también reportó examen general de orina con evidencia de leucocitosis, bacterias, células epiteliales y oxalato de calcio, y biometría hemática; finalmente determinó diagnóstico de bacteriuria y embarazo de alto riesgo.

83. De esta última atención, AR1 asentó como diagnóstico: “embarazo de alto riesgo”, hecho que, desde la perspectiva médica, implica un riesgo de que se presenten problemas de salud antes o después del parto, o en su transcurso, para el binomio madre-hijo, por lo que se requiere de una atención especializada durante el control del embarazo.

84. El 05 de marzo de 2018, QV1 acudió a consulta de Control Prenatal a la UMF No. 23 con AR1, quien refirió que la paciente tenía 13 SDG y evolución de la infección con leucorrea escasa amarillenta sin olor, de 8 días de evolución. Además,

³⁷ Amenaza de Aborto: es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificación cervical. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente, página 40.

reportó examen general de orina con “abundantes bacterias y leucocitos”, y agregó al diagnóstico bacteriuria asintomática³⁸ y cervicovaginitis³⁹.

85. El 5 de abril de 2018, AR1 reportó a QV1 con 17 SDG y asintomática, disuria leve ocasional, negó pérdidas transvaginales, manifestando que aún no palpa ni escucha frecuencia cardíaca fetal con Pinard (equipo obstétrico no electrónico para escuchar la frecuencia cardíaca fetal) y le solicitó presentarse en un mes a consulta.

86. Conforme a la opinión especializada que emitió este Organismo Nacional, se advirtió que AR1 omitió en tres ocasiones canalizar a QV1 al siguiente nivel de atención médica, pese a que ameritaba valoración médica integral y especializada, causando con ello dilación en el manejo adecuado de su embarazo y desestimando el alto riesgo de efectos adversos durante dicho embarazo, derivado de la bacteriuria persistente de 5 semanas de evolución, con dos exámenes generales de orina positivos para bacterias abundantes, a pesar del tratamiento.

87. Durante el Control Prenatal⁴⁰ que llevó QV1 en la UMF No. 23, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal especializado de esta Comisión Nacional, fue el periodo en el que se llevaron a cabo una serie de omisiones e inadecuado manejo médico, toda vez que, desde el punto de vista médico forense de este

³⁸ Bacteriuria asintomática: presencia de bacterias en orina mediante cultivo cuantitativo o microscopia en una muestra de orina de pacientes sin síntomas de infección baja o alta de las vías urinarias. La presencia de bacteriuria asintomática debe ser confirmada con 2 muestras consecutivas de orina. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, no Complicada del Tracto Urinario en la Mujer, Instituto Mexicano del Seguro Social.

³⁹ Cervicovaginitis: patología definida como la inflamación del epitelio del cérvix y la vagina, la cual en ocasiones puede alcanzar a la vulva; se debe, entre otras causas, a procesos irritativos secundarios tras la aplicación de fármacos locales o inflamatorios a consecuencia de infecciones causadas por diversos gérmenes, siendo esta última la razón más frecuente. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=62018>. Fecha de consulta: 02/08/2023

⁴⁰ El Control Prenatal en los términos establecidos por La Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgos (IMSS-028-08).

Organismo Nacional, lo obligado era solicitar el envío de QV1 al siguiente nivel de atención médica para normar la conducta especializada, con el objeto de prevenir, disminuir, manejar las complicaciones y resultados adversos del embarazo para las cuales presentaba alto riesgo como aborto o parto pretérmino⁴¹, como finalmente sucedió.

88. El 16 de mayo de 2018, a las 19:35 horas, QV1 acudió al HGZ No. 2, con sangrado transvaginal y dolor pélvico, con 3 horas de evolución. Durante su estancia la revisó AR2 (especialista en ginecología y obstetricia), quien refirió en el expediente clínico que tenía 24.3 de SDG, “producto vivo” con frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, actividad uterina regular, tono uterino normal, cérvix dehiscente y sangrado transvaginal moderado, determinando el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino⁴².

89. De la citada atención, AR2 determinó como tratamiento, manejo de “útero inhibición” con indometacina, lo anterior, para disminuir las contracciones uterinas y nistatina, medicamento que es un antibiótico para la infección vaginal. Sin embargo, cabe resaltar que el útero inhibición, puede retrasar de 2 a 7 días el trabajo de parto, con la finalidad de que el personal médico tratante pueda administrar algún tipo de tratamiento.

90. Así, de acuerdo con la GPC-IMSS-063-08⁴³, se debe brindar tratamiento con drogas tocolítics para inhibir el parto, las cuales prolongan el parto de 2-7 días permitiendo la administración de esteroides, los cuales mejoran la madurez

⁴² El parto pretérmino se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas (> 4 en 20 minutos o >8 en una hora) y cambios cervicales. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino GPC-IMSS-063-08.

⁴³ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino GPC-IMSS-063-08.

pulmonar fetal, además de considerar la referencia de la madre a un tercer nivel de atención; sin embargo, del análisis de las evidencias del expediente clínico de QV1, se advierte que esto no ocurrió.

91. Por todo lo anterior, es importante resaltar que AR2, a pesar de iniciar un tratamiento de útero inhibidores, omitió indicar a QV1 un tratamiento con esteroides para maduración pulmonar del feto, lo que pudo tener mayor viabilidad y mejor pronóstico ante el nacimiento de V2, de acuerdo a la Opinión Médica del personal especializado de la CNDH.

92. De acuerdo con la OMS, ante un parto prematuro o ante el riesgo de un parto prematuro, existen soluciones o medidas de atención, como tratamientos disponibles para ayudar a proteger al recién nacido prematuro de futuros trastornos neurológicos, así como de dificultades para respirar e infecciones; entre esas terapias figuran los esteroides prenatales y los tratamientos tocolíticos para retrasar el trabajo de parto, lo que busca contrarrestar la mortalidad materna y perinatal⁴⁴.

93. La NOM-007-SSA2-2016, establece que en las instituciones de salud se debe promover que la atención a las mujeres embarazadas con amenaza de aborto o con trabajo de parto pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos de segundo o tercer nivel de atención médica y/o por personal especializado.

94. En el caso que nos ocupa, además de omitir brindar una atención médica adecuada, indicada y oportuna, no se agotaron los medios necesarios para brindar los “mayores beneficios” a la salud del binomio madre-hijo, al ser una complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto y puerperio, la cual

⁴⁴ La Organización Mundial de la Salud, denomina a la muerte perinatal, aquella que se produce entre la semana número veintidós de gestación y los primeros siete días de vida después del nacimiento.

condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal, y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud en cargo de su atención.⁴⁵

95. Es importante señalar que la OMS, mediante sus Recomendaciones para mejorar los resultados del parto prematuro⁴⁶, refiere que la mortalidad y morbilidad de lactantes debido a la prematuridad se pueden reducir mediante intervenciones dirigidas a la madre antes o durante el embarazo y al recién nacido prematuro tras el nacimiento, situación que no ocurrió en el caso motivo de la presente Recomendación.

96. Lo anterior, toda vez que la atención médica que recibió QV1 no se ajustó a las Recomendaciones de la OMS; en particular, se incumplió en otorgar una atención prenatal de calidad; la asesoría sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física; así como en la realización de una ecografía antes de las 24 SDG para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres.

B.3 Elemento de accesibilidad con relación a la deficiente integración y falsedad en el expediente clínico

97. La Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene que “[l]a accesibilidad de la información comprende

⁴⁵ 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.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. *Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro. Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro*. Consultable en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.22>. Fecha de consulta 10/04/2023.

el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

98. De acuerdo con la Opinión Médica, en la nota posquirúrgica con fecha 20 de mayo de 2018 a las 18:45 horas, se aprecia que el AR2, refirió que V2, recién nacido masculino, había sido obtenido a las 18:35 horas, de 24 semanas de gestación por Ballard (técnica clínica usada para el cálculo de la edad gestacional, para el cual se toma en cuenta criterios físicos y neurológicos), con peso de 1,050 gramos; peso del recién nacido que se contrapone con nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y con certificado de defunción, en los cuales se registró un peso de 650 gramos, además, contraviniendo con lo señalado en la nota posparto en donde se mencionó que el recién nacido había sido entregado a pediatría en sala de expulsión, no en la sala quirúrgica.

99. También en la hoja quirúrgica elaborada por personal médico de enfermería, se señala que QV1 “llega con óbito⁴⁷” (*sic*) de fuera y se atiende de urgencia con “óbito” (*sic*) muerto, que se contrapone con la hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico, que refiere que QV1 ingresó a sala con “producto expulsivo prematuro con reflejo de movimiento al nacer”; es decir, que debido a las contracciones uterinas de la madre, el feto salió completamente del canal del parto, sin haber asentado ninguna maniobra de atención al parto por parte de AR2.

100. Además se advirtió que AR2, posterior a la expulsión del producto, omitió diagnosticar de manera oportuna que V2 se encontraba con vida, siendo que durante la estancia intrahospitalaria del binomio se reportó una frecuencia cardíaca

⁴⁷ Óbito: muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>. Fecha de consulta: 01/08/2023.

fetal normal, incurriendo en falsedad en la información asentada en notas médicas de posparto, prequirúrgica, quirúrgica y posquirúrgica, ya que muestran tachaduras y enmendaduras que tienen por objeto alterar la información respecto a la atención y vitalidad del recién nacido, incurriendo además en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

101. Por lo anterior, las autoridades señaladas como responsables vulneraron el elemento de accesibilidad en perjuicio de QV1, al generar un perjuicio a su derecho a recibir información específica sobre su estado de salud, al no sólo integrar de forma deficiente el expediente clínico referido, sino directamente establecer notas médicas sobre hechos falsos, lo que además de constituir una afectación al derecho de protección de la salud, está relacionado con su derecho de acceso a la información y el derecho a la verdad.

C. DERECHOS DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

102. La LGAMVLV, define la violencia contra las mujeres como: “Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”. Asimismo, precisa en su artículo 18, que la violencia institucional “son actos u omisiones de las servidoras y servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres...”.⁴⁸

103. Asimismo, durante el procedimiento de armonización legislativa en materia de violencia contra las mujeres en nuestro país, se integró el concepto de violencia obstétrica en las leyes de algunas entidades federativas; por citar algunas: Ciudad

⁴⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

de México, Colima, Coahuila, Estado de México, Nuevo León, Oaxaca y Veracruz, esta última entidad fue la primera en describir la violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, en su artículo, 7 fracción VI, que la define como:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

104. En el ámbito internacional, 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: “es 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.”⁴⁹. Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

105. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del INEGI, 2021, a nivel nacional, del total de mujeres de 15 años y más, 70.1% han experimentado al menos un incidente de violencia, que puede ser psicológica, económica, patrimonial, física, sexual o discriminación en al menos un ámbito a lo largo de su vida.⁵⁰

106. 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.

107. Esta Comisión Nacional, en la Recomendación General No. 31, define a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios

⁴⁹ Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”).

⁵⁰ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>. Fecha de consulta: 10/04/2023.

médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.⁵¹

108. En este sentido, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en México refiere que existen diversas manifestaciones de la violencia obstétrica; como son: “malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”, y todas son ejercidas por “las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres”.

C.1 Violación al Derecho de las Mujeres de Vivir Libres de Violencia Obstétrica

109. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se analiza de manera integral el derecho de QV1 a vivir libre de violencia, en su modalidad o vertiente de violencia obstétrica, derivado de la inadecuada atención e intervención por parte del personal de salud del IMSS.

110. Lo anterior, con motivo de la integración de las evidencias clínicas y de las referencias de QV1, en cuanto al trato que recibió durante su estancia y atención en la UMF No. 23 y en el HGZ No. 2, de las cuales se advirtió “malos tratos, abandono, negación para el acceso a servicios especializados y desvalorización del embarazo y parto”, las cuales fueron cometidas por profesionales de la salud, durante el embarazo, parto y puerperio de QV1 en las instalaciones médicas del IMSS.

⁵¹ Reporte de Monitoreo Legislativo. “El Panorama Legislativo en Torno al Delito de Violencia Obstétrica”, junio 2021. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Observancia/RML_Violencia_Obstetrica.pdf.

Fecha de consulta: 30/03/2023

111. La naturalización de la violencia estructural es parte del imaginario de la sociedad; sin embargo, en los espacios médicos y de salud, resulta ser una práctica cotidiana de violencia estructural, institucional y obstétrica, en la que la mujer gestante, resulta pasar a un segundo plano ante los ojos del personal médico, quien invisibiliza su autonomía y el conocimiento de su propio cuerpo.

112. De acuerdo a las evidencias médicas y conforme a la Opinión Médica especializada del personal de la CNDH, durante la atención prenatal brindada a QV1, se advierte la violencia obstétrica, toda vez que AR1 no refirió a QV1 a segundo nivel de atención para valoración obstétrica especializada en calidad de urgente, debido al alto riesgo de amenaza de parto pretérmino, ocasionando dilación en el diagnóstico y tratamiento oportuno en el binomio madre-hijo, por no llevar a cabo medidas de prevención durante el embarazo, de acuerdo a lo que establece la Opinión Médica del personal especializado de la Comisión Nacional.

113. Un ejercicio claro de los actos de violencia obstétrica de la cual fue objeto QV1, son los comentarios innecesarios a los que estuvo expuesta desde su llegada al HGZ No. 2, cuando personal médico le refirió: “deje de quejarse por el dolor”; “mejor piense bien antes de volver a embarazarse”; además de advertirle: “por eso no soy mujer”, este último, un acto de violencia de género que sanciona a la mujer en razón de su sexo. Cabe mencionar que esta violencia psicológica atenta de manera directa al ejercicio de la autonomía física, sobre el conocimiento que tienen las mujeres gestantes sobre su propio cuerpo y a su autonomía en la toma de decisiones al cuestionar la elección de la maternidad.

114. También es importante evidenciar que, AR2 cometió la misma conducta al no valorar el traslado oportuno y seguro del binomio al tercer nivel de atención médica

por amenazas de parto pretérmino, lo cual contribuyó a que se agravara el pronóstico de vida del producto.

115. Aunado a estos hechos, en el expediente clínico se hizo referencia de un acto de violencia obstétrica explícita, el 20 de mayo de 2018, cuando AR2 reportó, a las 09:20 horas, a QV1 con actividad uterina, intranquila y “quejumbrosa”⁵², de esta referencia descrita en la nota médica, se puede evidenciar un “*habitus* médico autoritario” y la naturalidad con la que el personal médico, ya sea de manera intencionada o no, se refieren a las personas gestantes y cómo dejan de ser las titulares en el embarazo y pasan a ser consideradas como “ignorantes de su propio cuerpo”.⁵³

116. Asimismo, se hace patente que durante esta inadecuada atención a QV1, y por consiguiente el binomio materno-fetal permaneció sin vigilancia estrecha durante su estancia en el HGZ No. 2, lo que refiere un claro un acto de violencia obstétrica, por el abandono de la paciente por parte de AR2.

117. Adicionalmente, AR5, desde el punto de vista médico forense de esta Comisión Nacional, omitió ampliar el tiempo de observación intrahospitalaria postparto de QV1, posterior a la hemorragia que cursó durante el parto. Siendo obligatoria la prevención de al menos, complicaciones infecciosas, como la que ya se manifestaba, lo que significó un riesgo y la falta de acceso a servicios de salud; hecho que, de acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas en México, es una manifestación de violencia obstétrica.

⁵² Quejumbrosa. Que se queja con poco motivo o por hábito. Disponible en: <https://dle.rae.es/quejumbroso?m=form>. Fecha de consulta: 05/04/2023.

⁵³ Roberto Castro y Sonia M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales*; Estudios críticos en América Latina; Universidad Nacional Autónoma de México; Cuernavaca; 2022, página 11.

118. Por todo lo anterior, se advierte que la atención médica que recibieron QV1 y V2, no cumple con los elementos esenciales que refiere la CrIDH, sobre la calidad, la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad⁵⁴, condiciones que no permitieron que accedieran a su derecho a la salud, porque no contaron con recurso humano calificado para responder a la urgencia obstétrica que presentó de manera reiterada QV1.

119. De igual manera, el estándar de accesibilidad que refiere la CrIDH se incumplió ante la falta de acceso a la información, toda vez que el expediente clínico⁵⁵ como instrumento de la materialización del derecho a la protección de la salud de QV1 fue alterado, tachado y el personal médico incurrió en falsedad y en inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

120. De la narración de las conductas que se advierten en los párrafos anteriores, resulta importante evidenciar que las omisiones del personal médico encargado de otorgarle atención médica al binomio madre-hijo, no sólo implican la falta de acceso a su derecho a la salud, sino que configuran un tipo de violencia institucional y de género, cometida por personal encargado de otorgar servicios de salud, lo que tuvo como consecuencia la pérdida de la vida de V2.

⁵⁴ *Op. Cit., Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*, párrafo 121.

⁵⁵ El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo. Disponible en: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <file:///C:/Users/vperez/Downloads/NOM-004-SSA3-2012.pdf>. Fecha de consulta: 11/07/2023.

D. DERECHO A LA VIDA

121. La CrIDH ha señalado que el “derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos”. Por lo anterior, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho.⁵⁶

122. En la Convención sobre los Derechos del Niño⁵⁷ se incluye el derecho a la vida y la obligación del Estado de garantizar “en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”⁵⁸. Por lo que el Estado es el ente responsable de garantizar y asegurar que las personas menores de 18 años sobrevivan para que puedan acceder a todos sus derechos de manera subsecuente.

123. Del mismo modo, la Declaración de los Derechos del Niño⁵⁹ establece que las niñas y el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social, tendrán derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin, deberán proporcionarse, tanto a ellos como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.

⁵⁶ CrIDH. *Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros Vs. Honduras*. Sentencia de 8 de octubre de 2015.

⁵⁷ La Convención sobre los Derechos del Niño, define en su artículo 1º, que se considera niño a toda persona menor de 18 años.

⁵⁸ Artículo 6, de la Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/UPM/MJ/II_20.pdf. Fecha de consulta 10/04/2023.

⁵⁹ Declaración de los Derechos del Niño. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proactiva/1LEGISLACION%20N/3InstrumentosInternacionales/E/declaracion_derechos_nino.pdf. Fecha de consulta: 12/04/2023.

124. En este sentido, la Observación General N.º 7 sobre la Realización de los derechos del niño en la primera infancia, emitida por el Comité de la Convención de los Derechos del Niño, reitera que los Estados Parte, tienen que garantizar el acceso y los servicios de salud adecuados y efectivos para todos los niños pequeños, a fin de reducir la mortalidad materna.⁶⁰

D.1. Violaciones al derecho a la vida de V2

125. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a QV1 por AR1, AR2 y AR5, personal médico del IMSS, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida de V2. En este contexto, V2, en su calidad de niño recién nacido, tenía derecho a la “protección, cuidados y ayuda especiales”⁶¹. Derecho que se vulneró derivado de la falta de acceso a los servicios especializados de salud, omisiones que tuvieron como resultado la pérdida de la vida de V2.

126. La OMS considera un recién nacido prematuro a una persona nacida viva antes de completarse las 37 semanas de embarazo. Las subcategorías de recién nacidos prematuros basadas en la edad gestacional son: extremadamente prematuro (menos de 28 semanas); muy prematuro (de 28 a 32 semanas), y prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas).⁶² En el caso que nos ocupa, V2 se encontraba en la categoría de extremadamente prematuro, por el número de SDG que tenía al momento de su nacimiento (27 SDG).

⁶⁰ Observación General N.º 7 Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Convención sobre los Derechos del Niño, 2005, párrafo 27, página 24.

⁶¹ Artículo 7 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

⁶² Nacimientos prematuros. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Fecha de consulta 04/04/2023.

127. De lo anterior, la opinión médica especializada de personal de esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica otorgada a QV1, al no evaluar las posibilidades de parto pretérmino e indicar esteroides para maduración pulmonar fetal con la finalidad de evitar complicaciones respiratorias; omisiones en la atención que afectó de manera directa el pronóstico de vida de V2.

128. De acuerdo con la CrIDH, “existe responsabilidad por parte del Estado en casos de muerte en espacios médicos cuando se le niegue a la persona que es el paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencias médicas, tratamientos médicos esenciales”⁶³. Así, en el presente caso, se acreditó que el personal médico del IMSS no adoptó todas las medidas que estaban a su alcance para brindarle a V2 una adecuada atención médica; ya que por sus actos y omisiones se le negó el acceso a un tratamiento especializado “maduración pulmonar fetal” y la atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que tuvo como consecuencia su fallecimiento.

129. Además, AR2 omitió tener comunicación con el personal del servicio de pediatría y/o neonatología (personal médico especializado), para prepararse antes del parto para atender las posibles complicaciones al tratarse de un producto prematuro extremo, lo cual contribuyó a que se agravara el pronóstico de vida del producto.

130. Asimismo, a las 10:57 horas del 20 de mayo de 2018, AR2 señaló en la nota médica: paciente con 24.6 SDG, trabajo de parto prematuro, manejo con útero inhibición e infección en vías urinarias, poca movilidad fetal, intranquila y 136 de frecuencia cardíaca fetal. De lo anterior, la opinión médica refirió que el feto presentó

⁶³ *Ibidem*, Caso *Poblete Vilches y Otros Vs. Chile*, párrafo 148.

en todo momento vitalidad y sin evidencia de sufrimiento fetal, lo que ameritaba monitoreo y vigilancia estrecha para brindarle una atención adecuada, situación que no ocurrió.

131. Desde el punto de vista médico forense se señala que, hasta el 19 de mayo de 2018, V2 presentaba vitalidad y sin alteraciones; sin embargo, se omitió brindarle simultáneamente desde su ingreso y durante el periodo comprendido entre el 16 y 19 de mayo de 2018, el esquema de maduración pulmonar fetal mediante la administración de esteroides y considerar su envío a tercer nivel, como lo marca la GPC-IMSS-063-08, causando con ello, dilación injustificada en el tratamiento médico adecuado del binomio madre-hijo y ensombrecimiento de su pronóstico de vida.

132. Conforme a la opinión médica del personal especializado de esta Comisión Nacional, se advierte que AR3 y AR4 omitieron brindarle una atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a V2. Si bien el pronóstico de vida de V2, era “desfavorable por tratarse de un producto prematuro extremo con inmadurez en todos sus órganos”, conforme lo establece la Norma Oficial NOM-025-SSA3-2013, que refiere que los cuidados intensivos pediátricos, como la responsabilidad del “ingreso debe ser el resultado de la decisión compartida entre el personal médico tratante y responsable del servicio”; en el caso de V2, era necesaria una vigilancia especializada, lo que respondía a su condición de salud, prematuro y por su peso tan bajo.

133. También refirió que el pronóstico de vida de V2, no era muy favorable, debido a un deficiente Control Prenatal; ya que, el no haber administrado esteroides para la maduración pulmonar, el no haber recibido una atención inmediata en el

nacimiento y sobre todo porque el pronóstico para V2, prematuro extremo, es muy malo en sí, por la inmadurez de sus diferentes órganos.

134. Además de todo lo anterior, el personal médico es responsable por no brindarle atención médica de urgencia y canalizarlo a un área especializada, lo que en términos médicos debió ser el ingreso de V2 a la Unidad de Cuidados Intensivos para su vigilancia estrecha; derivado de dicha omisión, su salud y por consecuencia su vida, se vieron afectadas.

135. De acuerdo a las evidencias médicas del personal médicos del HGZ No 2, y a la determinación de la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se advierte que V2 requería de una atención médica urgente y de calidad, que el personal médico del IMSS no le otorgó, lo que conllevó la falta de acceso a la atención médica especializada y los tratamientos médicos necesarios en su condición de prematuridad extrema, omisiones que tuvieron como consecuencia su fallecimiento.

136. Por todo lo anterior y, reiterando que la CrIDH advierte que existe una responsabilidad del personal médico en los espacios de salud, cuando omitan brindar una adecuada atención, como lo es en el presente caso en que el binomio madre-hijo, de manera particular V2, quien falleció a consecuencia del Sangrado Pulmonar Masivo y sepsis en el recién nacido prematuro extremo, razón por la cual perdió la vida. Lo que deja claro que parte de personal médico del IMSS omitió brindar atención especializada y realizar todas las acciones y determinaciones médicas encaminadas a prevenir y evitar la muerte de la persona recién nacida.

V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

137. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica, que derivó en la pérdida de la vida de V2.

138. AR1 omitió realizar a QV1 una historia clínica completa, investigar la presencia de infección de vías urinarias desde la primera consulta de atención prenatal, considerar un examen pélvico para identificar los factores de riesgo para aborto y/o Parto Pretérmino, permitiendo la progresión de la infección de vías urinarias, lo que por sí solo aumentó el riesgo de Aborto y Parto Pretérmino. También, omitió en tres ocasiones más, remitir a QV1 al siguiente nivel de atención médica, causando con ello dilación en el manejo adecuado de su embarazo y desestimando el alto riesgo de efectos adversos en el embarazo. Por lo anterior, la atención y manejo médico que le otorgó a QV1, fue inadecuado Control Prenatal.

139. AR2 omitió indicar a QV1 tratamiento de esquema de maduración pulmonar fetal urgente mediante la administración de esteroides y considerar su envío a tercer nivel de atención médica, lo que causó dilación injustificada en el tratamiento médico adecuado del binomio madre-hijo y ensombrecimiento de su pronóstico de vida al no brindarle la única oportunidad de sobrevivir al que tenía derecho el Producto de la Gestación, omitiendo además, brindar la atención médica indicada, oportuna y adecuada, sin haber agotado los medios necesarios para brindar los “mayores beneficios” a su salud, como era obligación siendo una urgencia obstétrica, lo que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

140. AR3 y AR4 omitieron la atención especializada de V2 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con lo que incurrieron en inobservancia de la NOM-025-SSA3-2013, ya que ambos médicos tuvieron que haber solicitado la intervención de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por encontrarse en un hospital con disponibilidad de dicho servicio y así, normar la conducta a seguir, puesto que es en ese servicio donde se proporciona la atención médica a pacientes con un alto riesgo para su salud y que requieren una monitorización estrecha, como fue el caso de V2, quien necesitaba una vigilancia especializada.

141. AR5 omitió ampliar el tiempo de observación intrahospitalaria postparto de QV1, posterior a la hemorragia que cursó durante el parto. Siendo obligatoria la prevención de, al menos, complicaciones infecciosas como la que ya se manifestaba, lo que significó un riesgo y, en consecuencia, la falta de acceso a servicios de salud.

142. AR6 omitió indicar a QV1 tratamiento de esquema de maduración pulmonar fetal urgente mediante la administración de esteroides.

143. En tanto que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 son responsables por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61, fracción II, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

144. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2019, también es cierto que no

resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras publicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V, con el fin se sancione conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

VI. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

145. 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 Comisión 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.

146. Estas obligaciones generales y específicas no sólo rigen a las personas servidoras públicas en su actuación pública, sino también a las instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus personas servidoras públicas.

147. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de los 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.

148. 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.

149. Aunado a lo anterior, estas obligaciones adquieren especial valor cuando los hechos violatorios afectan a grupos históricamente excluidos o en desventaja, como en el presente 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 y demás derechos sexuales y reproductivos.

150. En el caso concreto, se documentó que QV1 no sólo enfrentó acciones y omisiones del personal señalado como autoridades responsables en la presente Recomendación, sino de un entorno de violencia institucionalizada en hospitales del IMSS, como institución estatal clave para la garantía del derecho de protección a la salud, la integridad y la vida de las personas, por la adopción histórica y cultural de prácticas de discriminación institucional, violencia estructural y sistemática, que sanciona a las mujeres que en el ejercicio de la maternidad recurren a los espacios de atención médica especializada a solicitar los servicios de personal médico.

151. Actos que de manera reiterada han quedado asentados en diversas recomendaciones por la vulneración de los derechos de las mujeres a la salud y a vivir una vida libre de violencia obstétrica, como parte de una omisión estatal de

implementar acciones principalmente en los rubros de prevención, promoción, protección y garantía de los derechos humanos de las mujeres.

152. Por tales consideraciones, en esta resolución ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del UMF No. 23 y el HGZ No. 2, del IMSS, debido a que la atención médica prenatal no fue adecuada, derivado de que se omitió referir a la paciente a segundo nivel para valoración obstétrica especializada en calidad de urgente, por el alto riesgo de amenaza de parto pretérmino, ocasionando dilación en el diagnóstico y tratamiento oportuno en el binomio madre-hijo, por no llevar a cabo medidas de prevención durante el embarazo.

153. En efecto, en la atención médica otorgada se omitió el traslado oportuno y seguro del binomio al tercer nivel de atención médica por amenazas de parto pretérmino de prematuro; además, se omitió tener comunicación con el personal del servicio de pediatría y/o neonatología para prepararse antes del parto por las posibles complicaciones, al tratarse de un producto prematuro extremo, lo cual contribuyó a que se agravara el pronóstico de vida del mismo.

154. También, en la atención médica otorgada se omitieron las maniobras de atención médica para el parto del recién nacido, así como haberlo entregado al personal médico de pediatría para su atención inmediata, por lo cual no se apegó al procedimiento, acorde a su especialidad, lo cual se corrobora en las notas quirúrgicas de enfermería y la declaración de AR3, PSP5 y PSP6.

155. Con relación a la integración del expediente clínico, se observó que el personal médico incurrió en falsedad en la información asentada en sus notas médicas posparto, prequirúrgicas, ya que muestra tachaduras y enmendaduras, con

el objetivo de alterar la información respecto a la atención y vitalidad del recién nacido.

156. En cuanto a la atención especializada del recién nacido, se omitió solicitar atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sin dejar de mencionar que el pronóstico de vida era desfavorable por tratarse de un producto prematuro extremo con inmadurez en todos sus órganos.

157. Por todo lo anterior, este Organismo Nacional determinó que la pérdida de la vida del recién nacido fue resultado de una inadecuada atención médica prenatal y al mal manejo del binomio durante la amenaza del parto pretérmino; en el trabajo de parto; durante el parto y en las primeras horas de vida de V2, omisiones señaladas que contravinieron la LGS y que trascienden a la responsabilidad individual de las personas servidoras públicas.

158. Es así que, esta Comisión Nacional observó que, además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-063-08, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-007-SSA2-2016; así como de implementar las acciones de prevención de vulneración a los derechos de las mujeres, para el fomento adecuado de una cultura de paz y de derechos humanos.

VII. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

159. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra,

es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo, de la Ley de la CNDH, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a las 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 del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado.

160. Siendo aplicable lo establecido 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 las Naciones Unidas, y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos; así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a las personas responsables.

161. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI; 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, 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, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud, en agravio de QV1, este Organismo Nacional les

reconoce a V3, V4 y a QV1 su calidad de víctima, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir en razón del fallecimiento de V2, a QV1 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

162. Cabe señalar que dichas recomendaciones se determinan aplicando una amplia perspectiva de género, lo que implica establecer medidas que reparen integralmente el daño generado a los derechos de QV1 y que generen cambios en la realidad cotidiana, no sólo de ella, sino de las mujeres que pudieran sufrir hechos similares en instituciones de salud; por tal motivo, las mismas deben tener una vocación transformadora, pues sería injusto restituir a QV1 a la misma situación donde rigen relaciones sociales y políticas que han perpetuado discriminación estructural y violencia en contra de la mujer.⁶⁴

a. Medidas de rehabilitación

163. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares el hacer frente a los efectos sufridos con motivo de las violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II, y 62, de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21, de los *Principios y directrices* –instrumento antes referido– en las que se incluye atención psicológica y tanatológica.

⁶⁴ CrIDH, *Caso González y Otras* (“Campo Algodonero”), párrafo 450.

164. El IMSS, en coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, deberá otorgar a QV1, V3 y V4 la atención psicológica y tanatológica, en caso de así requerirla, la cual deberá brindarse, en su caso, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas; así como proveerle los tratamientos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b. Medidas de compensación

165. Las medidas de compensación dispuestas en los artículos 27, fracción III, y 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, material o inmaterial. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV1, V2, V3 y V4, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV1, V3 y V4, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

c. Medidas de satisfacción

166. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; e) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones, y f) la realización de actos que conmemoren el honor, la dignidad y la humanidad de las víctimas, tanto vivas como muertas. Lo anterior, conforme a los artículos 26, 27, fracción V, y 73 de la Ley General de Víctimas.

167. 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 consideran como una medida de satisfacción las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por tal motivo y al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos en agravio de QV1, V2, V3 y V4 por parte de personas servidoras públicas del IMSS, en el término de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá realizar un reconocimiento de la responsabilidad institucional a QV1 y V3. Hecho lo anterior, remita las constancias con la que acredite su cumplimiento conforme al punto quinto recomendatorio.

168. Asimismo, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de QV1 y V2, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

d. Garantías de no repetición

169. Las Garantías de no repetición consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención; por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, conforme a los artículos 1, 26, 27, fracción V, 74, fracción VIII, y 75, fracción IV, de la Ley General de Víctimas.

170. En el IMSS se deberá diseñar e impartir, en el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, salud sexual y reproductiva de las mujeres; b) La debida diligencia en el servicio público en instituciones de salud; c) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud: GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-063-08, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-007-SSA2-2016. Los cursos deberán ir dirigidos al personal médico de las especialidades de Ginecología y Obstetricia y de Pediatría del HGZ No. 2 y de la UMF No. 23, y de manera particular a las personas AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, referidas en la presente Recomendación.

171. Asimismo, deberá presentar las constancias con las que se acredite que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como el personal de enfermería y titulares del área de ginecología y obstetricia del HGZ No. 2, acreditaron actividades de profesionalización y sensibilización mediante la realización de los cursos antes citados.

172. Dichos cursos podrán ser impartidos en línea, mediante plataforma virtual o presenciales, y deberán ser impartidos por personal calificado, especializado y con

experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género e interculturalidad, haciendo énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud; debiendo mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

173. Los cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso; ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Deberá incluir, además, un programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

174. Así mismo, se deberá emitir en el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del HGZ No. 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del IMSS, brindar una adecuada atención y seguimiento clínico a las pacientes durante el embarazo parto y puerperio, conforme a lo dispuesto en la LGS; así como en las GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-063-08, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-007-SSA2-2016. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento; entre ellas, el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

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

176. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VIII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV1, V3 y V4, en razón del fallecimiento de V2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda y Asistencia, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV1, V3 y V4, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, se otorgue atención psicológica y tanatológica a QV1, V3 y V4, en caso de así requerirla, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado que así lo acredite, y de forma continua, atendiendo a su edad y a sus necesidades específicas; así como proveerle los tratamientos convenientes a

su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento y brindándoles información previa, clara, suficiente; así como, con enfoque diferencial y especializado. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir, en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una actividad de capacitación en la cual se aborden los temas siguientes: a) Derecho a la protección de la salud, salud sexual y reproductiva; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud: GPC-IMSS-028-08, GPC-IMSS-063-08, NOM-025-SSA3-2013 y NOM-007-SSA2-2016; c) Violencia Obstétrica; d) Salud materna, y e) Derechos de la persona recién nacida, dirigidos al personal médico de las especialidades de Ginecología y Obstetricia y de Pediatría, del HGZ No. 2 y de la UMF No. 23, y de manera particular a AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, referidas en la presente Recomendación, a fin de que en lo sucesivo sus determinaciones y atención médica se encuentren en el marco de protección del derecho a la salud, el embarazo, parto y puerperio, 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. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del HGZ No. 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que indique las labores de prevención en la atención médica, que garanticen que se

agotarán las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos, y la supervisión para la integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la Norma para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; así como de la LGS, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; entre ellas, el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

QUINTA. Deberá realizar, en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un reconocimiento de la responsabilidad institucional, a QV1 y V3, de forma conjunta o separada, con su consentimiento, a su elección; de conformidad con los estándares internacionales, con los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y con la Ley General de Víctimas. Hecho lo cual, remita a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

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

177. De conformidad con el artículo 46, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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.

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

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