RECOMENDACIÓN NO. 270 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE QV1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV1 Y VI1, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 Y EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 23 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Ciudad de México, a 30 de noviembre 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, 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/4/2020/11203/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1 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 166 párrafos uno y dos, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 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, y 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
Quejoso/Víctima	QV
Autoridad Responsable	AR
Servidor (a) Público (a)	SP
Semana de Gestación	SDG

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

Denominación	Acrónimo o abreviatura
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH / Comisión Nacional
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León	CEDHNL
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Fiscalía General de la República	FGR
Órgano Interno de Control del IMSS	OIC
Unidad de Medicina Familiar no. 15, del IMSS, en Monterrey, Nuevo León	UMF 15
Unidad Médica Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 23 “Dr. Ignacio Morones Prieto”, del IMSS, en Monterrey, Nuevo León	UMAE HGO 23
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”.	NOM-004-SSA-2012

I. HECHOS

5. El 27 de noviembre de 2020, se recibió en esta CNDH por razón de competencia, la queja que QV1 interpuso ante la CEDHNL en la que manifestó que el 17 de noviembre de 2020 aproximadamente a las 20:00 horas, acudió al área de urgencias de la UMAE HGO 23, con 31 semanas de gestación (SDG), donde fue atendida por

una persona a quien ella le informó que llevaba un pase de urgencias que le habían otorgado en la UMF 15 de ese Instituto en el que se ordenaba realizar un ecografía[1], ya que antes se había practicado uno de manera particular en el que se apreció que su bebé traía enredado el cordón umbilical.

6. La persona que le atendió le contestó que comentaría su asunto con el Médico Coordinador del área de Urgencias y se retiró, posteriormente regresó y le dijo que, si no presentaba sangrado o líquido o presión alta no le podían atender, que debía regresar después con una cita, ante lo cual QV1 se retiró del lugar y se trasladó junto con su cónyuge al hospital privado, en ese nosocomio solicitó que se le realizara un "ECO"

7. Al día siguiente, es decir el 18 de noviembre de 2020, se llevó a cabo el citado estudio y el doctor quien se lo practicó le dijo que requería un eco Doppler[2] el cual se realizó el 20 de noviembre de ese año, una vez que se tuvo el resultado del citado Doppler el médico le indicó que requería que le atendieran en su clínica toda vez que su bebé corría peligro y debían hacerle de inmediato una cesárea, por lo que, ese mismo día se trasladó de inmediato a la UMAE HGO 23 con un pase que le dio el médico del hospital privado y en el que señaló "urgente".

8. QV1 arribó al área de urgencias de la UMAE HGO 23 a las 14:30 horas, donde le atendió la misma persona servidora pública de la vez anterior, le tomó sus signos vitales y le indicó que pasara y se pusiera una bata, agregó que después que esperó

[1] La Ecografía es un procedimiento **de** Diagnóstico por Imagen **que** permite ver órganos y estructuras blandas dentro del cuerpo. En la actualidad pueden ser imágenes bidimensionales, tridimensionales o en 4 dimensiones. Se realiza mediante ondas sonoras de alta frecuencia emitidas a través de un transductor que capta el eco de diferentes amplitudes y que se produce al rebotar en los órganos. Estas señales, una vez procesadas por computadora, dan una serie de imágenes de los tejidos examinados. Consulta en: ttps://www.quironsalud.com/es/cartera-servicios/radiodiagnostico/informacion-pacientes.ficheros/1715508-Guías%20para%20Paciente%20-%20Ecografía.pdf

[2] El eco doppler ginecológico es un procedimiento médico que se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en los órganos reproductivos femeninos. Esta técnica combina la ecografía y la tecnología Doppler para obtener imágenes detalladas y determinar la velocidad y dirección del flujo sanguíneo en el útero, los ovarios y las arterias pelvianas. Consulta en: http://www.cleodora-health.com

dos horas sentada en una silla, le fue practicado un “eco” para corroborar lo que le había dicho el doctor particular.

9. Cuando se le realizaba el “eco”, la médico le dijo que su bebé ya no tenía latidos a lo cual QV1 comentó que al llegar al área de Urgencias del hospital su bebé todavía se movía, pero la hicieron esperar cerca de 2 horas, tiempo que fue valioso para que la hubieran intervenido oportunamente y su bebé no perdiera la vida, ante lo cual el galeno se limitó a decirle que debía esperar el trabajo de parto.

10. Fue hasta las 01:00 horas del 21 de noviembre de 2020 le aplicaron un gel para provocar las contracciones y 40 minutos más tarde la pasaron a quirófano donde nació su hijo sin vida.

11. Con motivo de lo anterior, se inició en esta CNDH, el expediente de queja **CNDH/4/2020/11203/Q**, y para documentar las violaciones a los Derechos Humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de queja, recibido por medios electrónicos en este Organismo Nacional, el 27 de noviembre de 2020, mediante el cual personal de la CEDHNL remitió, por razón de competencia, la comparecencia de QV1, en la que relató las presuntas violaciones a sus derechos humanos por parte de personal médico adscrito a la UMAE HGO 23.

13. Acta Circunstanciada de fecha 7 de enero de 2021, que da fe que personal de esta Comisión Nacional sostuvo comunicación telefónica con QV1, en la que reiteró el contenido de su queja y agregó que, cada vez que acudía a su control prenatal en la UMF 15, el personal médico únicamente asentaba los datos que le había proporcionado su médico particular, pero que no hacían ninguna exploración o estudios. Agregó que, era primigesta y que no tuvo problemas con su embarazo, y

que cada vez que acudía a su cita en el IMSS, siempre la atendió un médico diferente.

14. Oficio número 20a1012153/213 de fecha 16 de febrero de 2021, mediante el cual el Director Médico de la UMAE HGO 23 del IMSS, aportó información sobre el caso de QV1, para lo cual remitió las siguientes constancias:

14.1 Oficio No. 20a1012153/212, de fecha 15 de febrero de 2021, mediante el cual, el referido Director Médico, proporcionó un Informe sobre la atención brindada a QV1 en ese nosocomio e informo que no se cuenta con registros o antecedentes de denuncia administrativa, ni de responsabilidad patrimonial del Estado, al que además agregó lo siguiente:

14.1.1. Oficio No. 202402200200/000027/2021, de fecha 15 de febrero de 2021, al que se anexó copia simple del expediente clínico relacionado con la atención médica que QV1 recibió en la UMF 15 siendo relevantes las atenciones por vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de 3 de junio de 2020, 8 de julio, 6 de agosto, 7 de septiembre, 9 de octubre, 9 y 17 de noviembre, todas de 2020.

14.1.2. Informes médicos de fecha 15 de febrero de 2021, firmados por AR2, Médica adscrita al servicio de Medicina General; AR3, Médica adscrita al servicio de Gineco-obstetricia; PSP1, Médica adscrita al servicio de Ginecología y PSP2, Médico adscrito al servicio de Ginecología, de la UMAE HGO 23.

14.1.3. Certificado de muerte fetal.

14.2 Oficio no. 202402200200/0034/2021, de fecha 24 febrero de 2021, mediante el cual la Directora de la UMF 15, informó sobre la atención prenatal otorgada en esa Unidad a QV1.

15. Opinión Médica emitida el 7 de diciembre de 2022, por personal de este Organismo Nacional sobre el caso de QV1, en la cual se determinó que existió una inadecuada atención médica obstétrica, toda vez que, desde el seguimiento prenatal y hasta su evaluación del Triage obstétrico, no se atendió a QV1 oportuna y eficazmente.

16. Resolución de 6 de mayo de 2022, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS en la que determinó que el fallecimiento del producto no guarda relación con la atención médica institucional, misma que se sustentó en el artículo 51 del capítulo IV, de la Ley General de Salud;

17. Copia del expediente clínico respecto de la atención a QV1 en la UMAE HGO 23.

18. Ampliación de opinión médica emitida el 26 de septiembre de 2023, en la que se reiteran las conclusiones emitidas en la Opinión Médica de 7 de diciembre de 2022.

19. Acta circunstanciada de 2 de octubre de 2023 en la que QV1 señaló que no acudió al OIC ni interpuso denuncia penal por los hechos.

20. Correo electrónico de fecha 10 de octubre de 2023 mediante el cual el abogado investigador del IMSS informa a esta CNDH sobre el estado laboral de AR5 y AR6, señalando que AR5 ya no labora en la UMAE HGO 23.

21. Correo electrónico de fecha 18 de octubre de 2023 mediante el cual el abogado investigador del IMSS informa a esta CNDH sobre el estado laboral de AR1, AR2, AR3 y AR4, esta última se encuentra jubilada desde el 01 de agosto de 2022.

22. Correo electrónico de 18 de octubre de 2023, por el cual V1 informó que el expediente de queja ante la CONAMED fue concluido el 4 de noviembre de 2022, bajo la modalidad de no conciliado.

23. Oficio número 00641/30.14/6905/2023, de 30 de octubre de 2023, por medio del cual el Titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del OIC en el IMSS, indicó que, con motivo de la atención médica que se le proporcionó a V1, el 17 de noviembre de 2022, se emitió acuerdo de radicación e inicio de investigación del Expediente Administrativo 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El IMSS informó que el caso de QV1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, el cual resolvió el Expediente QM-GINECO NL-20214-893, en sentido improcedente, al concluir que: *"…la paciente acudió a valoración médica sin actividad uterina y pérdidas transvaginales, realizaron TRIAGE obstétrico, la clasificaron en código verde; al realizar valoración médica obstétrica no se auscultó frecuencia cardiaca fetal; el fallecimiento del producto no guarda relación con la atención médica institucional …"*.

25. El 4 de diciembre de 2022, QV1 informó a personal de este Organismo Nacional que, se interpuso queja por los mismos hechos ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el 4 de noviembre de 2022, esa Comisión concluyó el expediente de queja bajo la modalidad de no conciliado.

26. El 22 de octubre de 2023, mediante vista realizada por esta Comisión Nacional, el Órgano Interno de Control en el IMSS inició el Expediente Administrativo 1, el cual se encuentra en trámite.

27. QV1 informó a esta CNDH que no presentó denuncia penal alguna por los hechos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

28. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2020/11203/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la CNDH, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas con perspectiva de género, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de QV1 y a la información en materia de salud en agravio de QV1 y VI1, atribuibles a personal médico de la UMAE HGO 23, en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

❖ CONSIDERACIONES PREVIAS

29. De manera inicial y, previo al análisis de las consideraciones médicas, sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar 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.

30. 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.

31. En atención a ello, este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la salud sexual y reproductiva, cuyo impacto no debe continuar siendo invisibilizado o minimizado, por lo que se requiere realizar acciones para que las prácticas rutinarias y sistemáticas del personal médico se realicen, no solo con suma pericia, sino también dispongan de los elementos necesarios para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que pone en evidencia la histórica desigualdad de las mujeres, de manera particular, aquellas que viven desigualdad económica y que se materializa, entre otros aspectos, en falta la atención médica gineco-obstetra segura y oportuna, que debieran recibir en los servicios de salud a cargo del Estado[3].

A.1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

32. El artículo 4° de la CPEUM, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene Derecho a la Protección a la Salud.

33. En este sentido, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia que, entre los elementos que comprende el Derecho a la Salud, está: "[…] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que, para*

[3] Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas. (CEDAW). La Mujer y la Salud. Recomendación General No. 24. 1999, párr. 21. Disponible en https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm

garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos" [4].

34. Al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Estado Mexicano está obligado a reconocer el Derecho a Salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, "[…] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*"[5]. Por lo que, "t*odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*"[6].

35. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 "Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud[7].

---

[4] Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

[5] Tesis Constitucional. "*Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute*"; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.

[6] ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.

[7] ONU: Observación General No. 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud": del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

36. Esta CNDH ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad[8].

A.2. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA

37. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 24, ha establecido que "los Estados Parte han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto"[9], es decir las acciones encaminadas a la protección de la mujer en ese contexto.

38. De igual modo, la CrIDH, en su "Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos *humanos*", ha previsto que es "[...] *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que*

[8] CNDH. Recomendación General 15, "Sobre el derecho a la protección de la salud", 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párrafo 21.
[9] Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas. (CEDAW). La Mujer y la Salud. Recomendación General No. 24. 1999, párr. 26

contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas".[10]

39. La Convención para Erradicar todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1, establece la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en el apartado 12.2 dispone que: "[…] *los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario*".

40. En ese sentido, toma relevancia lo apuntado por la OMS, respecto de que la mujer en condiciones de gravidez y en el alumbramiento, y en atención a su situación vulnerable, su atención médica y de calidad debe ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. En el mismo sentido, la *Estrategia para la Salud de la Mujer, el Niño* y el Adolescente (2016-2030)[11] , encuentra entre sus objetivos la salud y bienestar de mujeres, niños y adolescentes, corrigiendo las inequidades en y entre los países para que se aplique la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030.

41. Por otra parte, la CrIDH se ha pronunciado en diferentes oportunidades de forma específica sobre las obligaciones de los Estados en relación con la atención en salud durante el embarazo, parto y posparto y ha establecido que los Estados deben brindar una atención adecuada y diferenciada durante dichas etapas[12]. En ese

[10] CrIDH. Informe "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos". 7 de junio de 2010, párrafo 84. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7512.pdf

[11] La Estrategia Mundial es una plataforma para aplicar los Objetivos de Desarrollo Sostenible centrados en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

[12] Cfr. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosta de 2010. Serie C, No. 214, párr. 233 y Cfr. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016,

sentido, los “Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y postparto adecuados.”[13]

42. Sobre el particular el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) revela que las demoras documentadas por el sector salud y los organismo no gubernamentales son: rechazo de las mujeres; postergación de su ingreso a la unidad; tardanza entre la indicación médica y el tratamiento; incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica; desconocimiento de los signos de alarma y su oportuna atención, el retraso entre la urgencia y la cirugía, retraso en el traslado del área de urgencias a la de terapia intensiva, y ausencia de puestos de sangrado y, por tanto, dilación entre el requerimiento y la ministración de medicamentos.[14]

43. Conforme a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)[15] 2021, en los últimos 5 años, de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, 31.4% padeció de algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. Durante su último parto, las conductas violatorias más comunes referidas por las mujeres fueron: Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle (4.3%), se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle

---

Serie C. No. 329. Además, véase la Opinión Consultiva OC-29/22, supra, párrs. 153 – 159. Disponible en: https://www.corteidh.org.cr/docs/casos/series214.esp.pdf

[13] Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, supra, párr. 233

[14] CONEVAL. “Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud”, pág. 39. Disponible en: https//www.coneval.og.mx/Informes/Evaluación/Mortalidad%20materna%2010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

[15] La ENDIREH es la principal fuente de información sobre la situación de la violencia que viven las mujeres en nuestro país y constituye una referencia internacional por los estándares éticos y metodológicos que se aplican en su levantamiento. Con cinco ediciones disponibles (2003, 2006, 2011, 2016 y 2021), la ENDIREH genera información estadística para estimar la prevalencia y gravedad de la violencia que han enfrentado las mujeres

explicaciones (3.8%), le dijeron cosas ofensivas o humillantes (6.4%), la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta (7.2%), la presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos (9.7%), la ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé (9.0%), que se tardaron mucho tiempo en atenderlas porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho (8.0%), que le gritaron o la regañaron (11.0%), no le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesaria la cesárea (8.6%), la obligaron o amenazaron para que firmara algún papel sin informarle que o para qué era (1.4%) y la pellizcaron o jalonearon (1.0%).[16]

44. Sobre este aspecto, esta CNDH ha enfatizado visualizar el nexo existente entre una eficiente protección a la salud materna y el adecuado desarrollo del binomio materno-fetal: "[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*"[17], esto significa que, en la medida en que se satisfaga con efectividad los derechos de la mujer embarazada, se garantizará la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de que su salvaguarda se realiza esencialmente por conducto de la madre.

45. En ese contexto, a continuación, se analizará la atención médica otorgada a QV1 en el IMSS, en la que se advierten irregularidades durante la atención médica recibida por QV1 durante su control prenatal, lo cual es motivo de la presente Recomendación.

[16] (ENDIREH) 2016, Principales resultados, INEGI, págs. 44, 45 y 46. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

[17] CNDH. Recomendación General 31/2017 "Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud" 31 de julio de 2017, párrafo 180, página 65.

A.1 CONTROL PRENATAL DE QV1, EN LA UMF 15, DEL IMSS

46. A partir del mes de junio de 2020, QV1 inició el control prenatal[18] de su embarazo en la UMF 15 y en ese tenor se tiene registro de que acudió a consulta de Vigilancia Prenatal y Riesgo Obstétrico realizadas por las siguientes médicas: AR1, Médica adscrita al servicio de Medicina General de la UMF 15, del 03 de junio de 2020, AR2, médica adscrita al servicio de Medicina General de la UMF 15, del 8 de julio y 09 de octubre de 2020, AR3, Médica adscrita al servicio de Medicina General de la UMF 15, del 6 de agosto, 09 y 17 de noviembre, y AR4, médica adscrita al servicio de Medicina General de la UMF 15, del 07 de septiembre de 2020; evaluando el embarazo normal sin datos de alarma obstétrica, siendo calificado como 2 el riesgo obstétrico, se realizaron estudios de laboratorio e imagenología y sólo se evidenció como antecedente de complicación un cuadro de infección en vías urinarias, mismo que se trató oportuna y adecuadamente con médico particular en mayo de 2020.

47. Es importante señalar que de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, las señaladas personas autoridades responsables no identificaron, estudiaron y/o diagnosticaron la circular de cordón al cuello del producto de la gestación ni la Restricción del Crecimiento Intrauterino, factores que sí presentaba el producto de la gestación de conformidad con la bibliografía médica, la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con feto único[19], que refiere que la […restricción del crecimiento intrauterino es una importante causa de morbilidad y mortalidad perinatal...].

---

[18] El control prenatal se define como "[…] *conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza*". Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC, 2017. Disponible en: https://imss.gob.mx//sites/all/statics/guiasclinicas/586GER.ped

[19] Descargable en la página de internet: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx

48. En la nota de 17 de noviembre de 2020 realizada por AR1, describió a la paciente con 64 kilos de peso, 100/60 mmHg de tensión arterial,[20] sin pérdidas transvaginales ni edema en extremidades, 31 SDG, 30 centímetros de altura de fondo uterino, producto longitudinal, pélvico, dorso derecho, 150 latidos por minuto de frecuencia cardiaca fetal, presencia de movimientos fetales; además, le realizó un ultrasonido obstétrico, el cual reportó embarazo de 28.3 SDG, producto único vivo, placenta corporal anterior grado II, diagnosticándola con embarazo normal.

49. Al respecto tenemos que, de conformidad al punto de vista médico y especialista de esta CNDH, durante esas revisiones en ningún momento detectaron alteraciones como circular de cordón o restricción del crecimiento fetal intrauterino, diagnósticos de relevancia para la atención inmediata y evitar así posibles complicaciones en el producto de la gestación como es el caso; sin embargo, el mismo 17 de noviembre de 2020, se realizaron los estudios mencionados en el párrafo que antecede, por tanto, la atención recibida en la UMF 15 no fue oportuna ni adecuada para el diagnóstico de la presencia de Circular de Cordón y Restricción del Crecimiento Intrauterino con los que cursaba el producto de la gestación, conforme a la NOM-007-SSA2-2016,[21] para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, condicionando con ello la evolución hacia el deceso del producto de la gestación.

[20] En la mayoría de los adultos, la presión arterial normal es menos de 120 sobre 80 milímetros de mercurio (mm Hg), que se escribe como la lectura de la presión sistólica sobre la lectura de la presión diastólica: 120/80 mm Hg. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-alta#:~:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20cambia%20a,%3A%20120%2F80%20mm%20Hg.

[21] 5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma. …
5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoinmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

50. De conformidad con la Opinión Médica emitida por especialista de esta CNDH, las consultas de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico ofrecidas a QV1 en la UMF 15, en especial la del 17 de noviembre de 2020, brindada por AR1, no fueron adecuadas por la falta de oportunidad en el diagnóstico de la Circular y la Restricción del Crecimiento Intrauterino que presentaba el producto de la gestación de QV1.

51. De igual manera, de acuerdo con la bibliografía médica, la restricción del crecimiento intrauterino es una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto que no alcanza su potencial de crecimiento representa un aumento significativo de riesgo de morbimortalidad perinatal, de tal manera que un adecuado diagnóstico y vigilancia prenatal son fundamentales para disminuir su impacto perinatal a mediano y largo plazo y, aunque no existe un tratamiento in útero, la muerte fetal o un neonato pequeño por restricción del crecimiento intrauterino deben considerarse potencialmente evitables a través de una vigilancia prenatal y perinatal apropiadas. Más aún, sus complicaciones pueden prevenirse, si el control prenatal es adecuado.

52. Lo anterior es relevante, pues una valoración especializada y adecuada en materia de gineco-obstetricia representa una medida preventiva y eficaz para evitar o tratar posibles problemas durante la gestación, por tanto, de haberse llevado a cabo de manera adecuada se hubiera detectado la restricción de crecimiento y por tanto, se hubiera programado una cesárea a QV1, disminuyendo las condiciones de morbilidad y mortalidad asociadas con el mencionado riesgo obstétrico, de tal manera que de conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se considera que AR3 en ningún momento detectó alteraciones como circular de cordón o crecimiento fetal intrauterino; por tanto, la atención recibida en la UMF 15 no fue oportuna ni adecuada para el diagnóstico de la presencia de Circular de Cordón y Restricción del Crecimiento Intrauterino con los que cursaba el producto, de acuerdo con la NOM-007-SSA-2016.

A.2 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE QV1 EN LA UMAE HGO 23

53. El 20 de noviembre de 2020 a las 15:11 horas en la UMAE HGO 23, QV1 fue atendida por AR5 quien con motivo de atención estableció 29.1 SDG más peso y crecimiento fetal anormal por ultrasonido, estudio que tampoco obra en el expediente de queja. Al momento de ser valorada QV1 contaba con 32.4 SDG por fecha de última menstruación, se encontraba asintomática, con signos vitales, con tensión arterial de 130/80 mmHG, temperatura de 36.6 grados centígrados, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 106 latidos por minuto, las cuales eran de rangos normales, saturación de oxígeno 97%, consciente, sin crisis convulsivas, respiración y color de piel normal, sin cefalea,[22] motilidad fetal presente; sin embargo, debe considerarse que este dato no es del todo confiable ya que la apreciación de movimiento que una paciente puede manifestar es subjetiva, puesto que puede confundir los movimientos de sus asas intestinales con los del producto de la gestación; negó actividad uterina y sin pérdidas transvaginales; puesto que no refirió datos de urgencia obstétrica, la clasificación del estado de la paciente correspondía a nivel de Código Verde, valoración realizada conforme a lo establecido por el Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica[23] y, en la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Tratamiento inicial de las emergencias Obstétricas,[24] por lo cual QV1 pasó a sala de espera donde permaneció injustificadamente por 90 minutos.

54. Es importante señalar también que en la Hoja de Clasificación de Paciente Triage Obstetricia, AR3 se limitó solamente a señalar la existencia de “motilidad

[22] Aparece como resultado de la inflamación o distorsión (tracción o compresión) de las estructuras encefálicas sensibles al dolor. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-fisiopatologia-diagnostico-tratamiento-cefaleas-13013472#:~:text=La%20cefalea%20o%20cefalalgia%20(t%C3%A9rmino,estructuras%20encef%C3%A1licas%20sensibles%20al%20dolor.
[23] Código Verde: es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.
[24] Urgencia Quirúrgica: Condición clínica de la paciente obstétrica, la cual permite estabilizar a la paciente y posteriormente revoluciona quirúrgica.

fetal", sin embargo, no registró la frecuencia cardiaca fetal[25], omisión que impidió determinar si el producto de la gestación se encontraba con vida o bien, si cursaba con sufrimiento fetal agudo,[26] condicionando con ello que no se integrara una sospecha diagnóstica adecuada y por tanto que se evitara solicitar una valoración inmediata por parte de un especialista en Ginecología y Obstetricia; en consecuencia no se implementaron medidas diagnósticas adicionales y terapéuticas para el bienestar del binomio materno-fetal.

55. Desde el punto de vista médico legal y especialista de este Organismo Nacional, resulta evidente que AR5 no clasificó debidamente a la paciente, ya que no tomó en cuenta su estado pues había sido enviada a ese servicio de Urgencias para ser atendida lo más pronto posible dadas las condiciones graves en las que se encontraba el producto de la gestación, y pasó por alto que contaba con un ultrasonido realizado por médico particular realizado ese mismo día, sin especificar hora, en el que se señalaba que el producto de la gestación se encontraba con vida, pero con condiciones graves, como placenta corporal anterior grado II,[27] un crecimiento fetal en percentil 0[28] (anormal-bajo) e insuficiencia placentaria, que son indicadores de "Restricción del Crecimiento Intrauterino severo[29]; por tanto, debió

[25] El control de la frecuencia cardiaca fetal se utiliza en casi todos los embarazos, con el fin de evaluar el bienestar del feto e identificar cualquier cambio que pueda estar asociado con problemas que ocurren durante el embarazo o el trabajo de parto. El control de frecuencia cardiaca fetal resulta especialmente útil para las afecciones de embarazos de alto riesgo, tales como los problemas relacionados con el crecimiento fetal.

[26] El sufrimiento fetal hace referencia a los signos que se presentan antes y durante el parto, que indican que el feto no está bien. El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno.

[27] Cuando una placenta se presenta en el grado II o III antes de la semana 34 puede decirse que está envejecida prematuramente. Esto podría llevar a pensar que el producto de la gestación desarrollará una restricción en su desarrollo por insuficiencia prematuramente, ya que esta insuficiencia produce, en el feto, hipoxia y déficit nutricional. Esta último es causa de retraso de crecimiento intrauterino, por ello es importante realizar un adecuado control prenatal, especialmente en la etapa final del embarazo. Consulta en: https://1library.co/article/clasificación-de-madurez-placentaria-de-granumm.y6er0d44

[28] Cuando el feto se encuentra por debajo del percentil 10 de peso, se considera que es pequeño para su edad gestacional.

[29] Se define como restricción de crecimiento fetal (RCF), la condición por la cual el feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento. Fetos que no se encuentran con peso ultrasonográfico estimado por debajo del percentil 3 para la edad gestacional.

considerar que se trataba de una urgencia calificada y solicitar la atención inmediata, así como la resolución del embarazo, es decir, debió clasificar como Código Rojo, en lugar de verde.

56. En la Opinión Médica de esta CNDH se concluyó que, ante ese panorama, era evidente que el caso de QV1 representaba una urgencia obstétrica[30], situación que fue omitida por AR3 y AR5 que, evidentemente, ameritaba la resolución inmediata del embarazo mediante cesárea.

57. En ese tenor se observó también que con su actuar, AR5 no solo aplazó la atención médica del binomio materno-fetal por personal médico especializado, sino también obstaculizó la posible activación de un mecanismo clínico de alerta o código rojo[31] para atender de inmediato esa emergencia obstétrica que presentaba QV1, mediante un equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO)[32] y con ello, condicionó que el binomio materno-fetal enfrentara las complicaciones clínicas que posiblemente derivaron en la pérdida del producto de la gestación como se detalla más adelante.

58. Aunado a lo anterior, sin explicación alguna, AR6 valoró a QV1 en el cubículo de admisión 90 minutos después de que QV1 fue ingresada y no dentro del periodo establecido por el Triage, que debió ser en un periodo menor a 30 minutos, de tal manera que a las 17:10 horas del 20 de noviembre de ese año, al realizar la exploración física no detectó frecuencia cardiaca fetal, al tacto vaginal el cérvix se hallaba posterior y con amnios íntegro; sin embargo, AR6 informó que revisó el

[30] Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.
[31] Condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que sugiere un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal, por lo cual requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.
[32] Se refiere al equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater. "*Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico*", México, 2016. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, página 13.

ultrasonido Doppler[33] realizado en medio privado unas horas antes de ese mismo día, en el que se encontró producto único vivo con fetometría correspondiente a 29.1 SDG, con un peso fetal de 1.254 gramos.

59. De conformidad con la literatura médica especializada vigente, los indicadores que presentó QV1 correspondían con restricción del Crecimiento Intrauterino severo, cuyas complicaciones perinatales a corto plazo son la asfixia intraparto y prematurez; sin embargo, AR6 solicitó otro ultrasonido y una vez realizado, identificó un producto único, cefálico, sin frecuencia cardiaca, con peso fetal estimado de 1,293 gramos, con 32.4 SDG, producto obitado, de tal manera que dio la indicación de ingresar a la paciente para iniciar la inducción del trabajo de parto.

60. Es importante señalar en este punto que la resolución emitida por la Comisión Bipartita, solamente toma en cuenta los hechos acontecidos el día 20 de noviembre de 2020 a partir de las 15:11 horas cuando después de revisión el Triage clasifica en verde con motilidad fetal y a las 17:10 horas se le realiza QV1 Ultrasonido obstétrico, mismo que indicó que no se detectó frecuencia cardiaca fetal, empero; no toma en cuenta las veces que, con anterioridad, a QV1 le fue negado el servicio y tampoco la indicación del médico que la remitió en calidad de urgencia, al haber detectado restricción del crecimiento. De igual manera, tampoco hace mención del tiempo que transcurrió desde la clasificación del Triage hasta que fue revisada por un médico, siendo este de 90 minutos, excediendo por mucho el tiempo establecido de 30 minutos de conformidad con la clasificación del Triage en código verde.

61. Bajo esa premisa, la CNDH concluye que las omisiones por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en la atención de la urgencia obstétrica que presentó QV1 el día 20 de noviembre de 2020, tuvieron una repercusión en las complicaciones clínicas que derivaron en la pérdida del producto de la gestación, ocasionado por

[33] Estudio por imágenes que utiliza ondas de sonido para mostrar la circulación de la sangre por los vasos sanguíneos. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia-doppler/

una hipoxia fetal que pudo ser evitada si se hubiese interrumpido oportunamente el embarazo mediante una cesárea inmediata, la cual estaba debidamente justificada debido a los factores de riesgo que presentaba el binomio materno-fetal y que se han expuesto en el presente documento.

B. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE QV1

62. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, la responsabilidad del Estado para *"la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres"*; *"brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas"*, y "*asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres"*.

63. Al respecto, la CNDH en su Recomendación General 31/2017, emitida el 31 de julio de 2017, "*Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*" 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 médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros"*[34]

64. La CriDH en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos ha hecho énfasis respecto al *"*[…]*deber de los*

[34] CNDH. 31 de julio de 2017, párrafo. 94.

Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas"[35].

65. Por su parte, en el año 2014, la OMS en la Declaración "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que *"*[…] *el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos*"[36].

66. La Ley General de Salud, en el artículo 61, fracción I, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio.

67. El artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayuda especial. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém Do Pará") establece en sus artículos 1, 3, 4, incisos a) 7, inciso a) y b) 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y

[35] CIDH. 7 de junio de 2010, párrafo 84.
[36] "*Introducción",* párrafo 4.

erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

68. Los artículos 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y 15.3, inciso a), del "Protocolo de San Salvador", igualmente establecen la obligación del Estado para adoptar medidas que garanticen el acceso a la atención médica y ayudas especiales a la mujer durante el embarazo, parto y en el período posterior a éste. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica "(…) el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (…) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto".

69. De las constancias analizadas y descritas en la presente Recomendación, se advierte que con su conducta AR5 y AR6 ejercieron violencia obstétrica en agravio de QV1, pues no le proporcionaron una atención médica obstétrica inmediata y de calidad, ya que a pesar del factor de riesgo que presentó el binomio materno-fetal y que se identificó mediante la ecografía Doppler que presentó QV1 a su ingreso al área de Urgencias el 20 de noviembre de 2020, desestimaron la urgencia obstétrica que presentaba y, sin razón alguna aparente, demoraron la práctica inmediata de la cesárea por espacio de 90 minutos; aunado a ello, omitieron llevar a cabo un monitoreo constante de la frecuencia cardiaca fetal.

70. Para esta CNDH no pasan desapercibidas las argumentaciones expuestas por parte del IMSS en el Acuerdo emitido el 6 de mayo de 2022, en el cual resolvió

"improcedente desde el punto de vista médico" el caso de QV1 al referir que "… acudió a valoración médica sin actividad uterina y pérdidas transvaginales, realizaron TRIAGE obstétrico, la clasificaron en código verde; al realizar valoración médica obstétrica no se auscultó frecuencia cardiaca fetal […]", sin considerar que la paciente se mantuvo en espera del procedimiento quirúrgico urgente por 90 minutos, lo que permite evidenciar que este tipo de demora en la atención médica de pacientes con urgencias obstétricas suele "normalizarse" y, por lo contrario, al no observarse este tipo de malas prácticas deriva en su repetición o incidencia, asimismo, no se hace mención que ese mismo día, antes de su ingreso al área de urgencias de la UMAE HGO 23, QV1 se realizó una ecografía Doppler en la que se reportó producto único vivo, que presentaba prolapso de cordón umbilical, lo que se considera una urgencia obstétrica.

71. Conforme a esas consideraciones, esta CNDH concluye que AR3, AR5 y AR6 son responsables por la violación al Derecho a una Vida Libre de Violencia en agravio de QV1, previsto en los artículos 1, 3, 4, y 7, inciso a) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará", así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

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

72. El artículo 6º, párrafo segundo, de la CPEUM, establece que, "Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información" y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

73. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.[37]

74. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información "comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.[38]

75. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012 advierte que "…el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como, describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo."

76. En la Recomendación General 29 "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", esta CNDH consideró que "la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el

[37] CNDH. Recomendación 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p.116
[38] Observación General 14. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV. Disponible en: https://acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf

derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad."[39]

77. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.[40]

78. Esta CNDH ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación[41].

79. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se concluyó que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012,[42] por parte de personal médico de la UAE

[39] CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.
[40] CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105
[41] Como este Organismo Nacional ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como, en diversas Recomendaciones, entre otras la 21/2019, 26/2019, 23/2020, 35/2020,42/2020, 43/2020, 44/2020, 45/2020, 52/2020, 1/2021, 5/2021, 70/2022, 77/2022,85/2022, 91/2022, 100/2022, 250/2022 y 14/2023.
[42] 5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente.

HGO 23, toda vez que, en algunas notas médicas escritas a mano son ininteligibles, no son claras, no contienen el nombre completo de quien las elaboró e incluyen un uso excesivo de abreviaturas, como las notas de las 20:00; 23:30 horas del 20 de noviembre de 2020 y de las 2:10 y 2:57 del 21 de noviembre de ese mismo año; inobservando con ello la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2013, situación que no implica una práctica inadecuada en la atención médica de QV1.

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

V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

81. Se observa entonces que las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en el desarrollo de los hechos referidos, puede constituir responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, ya que dicho personal médico no se apegó a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, así como a los “Principios y Valores del Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS”, que deben observar las personas servidoras públicas, al no garantizar, de acuerdo con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud de V1 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

82. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público previstos en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la CPEUM.

83. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1°, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la CNDH, y 63 de su Reglamento Interno, al contar en el presente caso con evidencias suficientes, se dio vista al OIC en el IMSS, iniciándose el Expediente Administrativo 1 a fin de que, en ejercicio de sus atribuciones y con motivo de las observaciones realizadas en la presente Recomendación con base en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, por lo cual es necesario ese Instituto colaboré en su seguimiento y trámite.

V.1 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

84. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, se establece que: "*todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley*."

85. La promoción, respeto, protección y garantía de los Derechos Humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación

de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los Derechos Humanos, como la CrlDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

86. 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.

87. En la Opinión Médica que personal de esta CNDH elaboró sobre el caso de QV1, detectó inobservancias a la NOM-004-SSA3-2012, con motivo de la atención obstétrica brindada a QV1, toda vez que, en algunas notas médicas escritas a mano son ininteligibles, no son claras, no contienen el nombre completo de quien las elaboró e incluyen un uso excesivo de abreviaturas; omisiones que, si bien, no se relacionan con una deficiente atención médica, sí repercuten en la integración apropiada de la historia clínica de las personas usuarias de los servicios de salud, por lo cual las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación y, en consecuencia, deberán realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas evitando su repetición.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

88. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible

a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

89. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7; 26; 27, fracciones III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I y último párrafo; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; al acreditarse violaciones a los derechos humanos de protección a la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y de acceso a la información en materia de salud, por inadecuada atención médica, este Organismo Nacional le reconoce a QV1 y VI1, su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV1 y VI1 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 LGV; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

90. 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”, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias

de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición.

91. En el "Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú", la CrIDH enunció que: "[…] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*", además precisó que "[…] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*"[43].

92. Esta CNDH considera procedente la reparación de los daños ocasionados a QV1 en los siguientes términos:

***i)* Medidas de rehabilitación**

93. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares el hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II, y 62, fracción I, de la LGV, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación "*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales".*

94. Por ello el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a QV1 y VI1 la atención psicológica y tanatológica que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades

[43] CrIDH, "Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú", Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301. Disponible en: https://corteid.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289.esp.pdf

de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el más alto beneficio posible Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QV1 y VI1 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su deseo acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determine o desee retomarla. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo

***ii*) Medidas de compensación**

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

96. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a QV1 y VI1, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación en términos de la LGV. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio primero.

***iii*) Medidas de satisfacción**

97. De acuerdo con los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, las medidas de satisfacción buscan reconocer y establecer la dignidad

de las víctimas, teniendo como finalidad el esclarecimiento de los hechos y el reconocimiento de la responsabilidad por las violaciones a derechos humanos a cargo de las personas servidoras públicas involucradas o relacionadas con los hechos, para lo cual es indispensable la investigación y eventual sanción de los responsables.

98. Por lo anterior, dado que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumplieron con sus obligaciones, el IMSS colaborará ampliamente con el OIC en el seguimiento y trámite del Expediente Administrativo 1, iniciado con la vista administrativa presentada por esta CNDH en contra de las AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, aportando todo documento relacionado y dando contestación oportuna a los requerimientos de información solicitados, relacionados con los hechos descritos en esta Recomendación, a fin de que pueda individualizar la responsabilidad de cada una de ellas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Hecho lo anterior, remitir las constancias con las que así acredite, para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

99. Por ello, de conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de QV1 y VI1 para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

***iv*) Medidas de no repetición**

100. Conforme a los preceptos legales 26, 27, fracción V y 74, fracciones II y IX de la Ley General de Víctimas, referentes a implementar las medidas que sean

necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, 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.

101. En ese sentido, y con apoyo en los artículos 27, fracción V y 74 fracciones VII y IX de la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes, dirigido al personal directivo, así como al personal médico adscrito a los servicios de Medicina General y Gineco-obstetricia de la UMF 15 y la UMAE HGO 23 , que además comprenda los temas: el derecho a la Protección a la Salud, con especial énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de urgencias obstétricas, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, proceso de valoración Triage obstétrico, código mater y Equipo de respuesta Inmediata obstétrica, que incluya la Recomendación General 31/2017, emitida por esta Comisión Nacional; el Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-007-SSA-2016 y la NOM-004-SSA-2012, en particular a AR1, AR2, AR3, y AR6, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

102. El curso señalado deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

103. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico de la UMF 15 y

la UMAE HGO 23, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con debida diligencia casos similares al que dio lugar a esta Recomendación.[44] Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

104. El IMSS deberá emitir, en el término de 2 meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico de la UMF 15 y de la UMAE HGO 23, a que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes. Esta deberá ser publicada en el portal de electrónico de esa institución. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.

105. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a

[44] De conformidad en lo previsto por el "Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley", en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación, publicado en Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

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

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

VII. RECOMENDACIONES

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

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, proporcionara a QV1 y VI1 la atención psicológica y tanatológica que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el más alto beneficio posible Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QV1 y VI1 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su deseo acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determine o

desee retomarla; hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con el OIC en el seguimiento y trámite del Expediente Administrativo 1, iniciado con la vista administrativa presentada por esta CNDH en contra de las AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, aportando todo documento relacionado y dando contestación oportuna a los requerimientos de información solicitados, relacionados con los hechos descritos en esta Recomendación, a fin de que pueda individualizar la responsabilidad de cada una de ellas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Hecho lo anterior, remitir las constancias con las que acredite dicha colaboración.

CUARTA. Diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes, dirigido al personal directivo, así como al personal médico adscrito a los servicios de Medicina General y Gineco-obstetricia de la UMF 15 y la UMAE HGO 23 , que además comprenda los temas: el derecho a la Protección a la Salud, con especial énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de urgencias obstétricas, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, que incluya la Recomendación General 31/2017, emitida por esta Comisión Nacional; el Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-007-SSA-2016 y la NOM-004-SSA-2012, en particular AR1, AR2, AR3y AR6, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias.

Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire las instrucciones respectivas para que, en un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico de la UMF 15 y la UMAE HGO 23, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con debida diligencia casos similares al que dio lugar a esta Recomendación. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Gire las instrucciones respectivas para que, en el término de 2 meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico de la UMF 15 y de la UMAE HGO 23, a que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes. Esta deberá ser publicada en el portal de electrónico de esa institución. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

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

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

110. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la CNDH, 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