

RECOMENDACIÓN NO. 56 /2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN AGRAVIO DE QV EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NUEVO LEÓN.

Ciudad de México, a 26 de marzo 2024

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo, y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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/4/2020/7554/Q**, relacionado con la atención brindada a QV 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, 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
Persona Quejosa y Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semana de gestación	SDG

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

Denominación	Acrónimo o abreviatura
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH

Denominación	Acrónimo o abreviatura
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres	CEDAW
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	LGAMVLV
Ley General de Víctimas	LGV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
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-SSA3-2012
Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo Durante el Embarazo en el Primer Nivel de Atención: IMSS-078-08.	GPC-IMSS-078-08
Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención: IMSS-GPC-SS-026-20.	IMSS-GPC-SS-026-20
Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente	GPC-IMSS-028-08
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo	GPC-DIABETES EN EL EMBARAZO
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único	GPC-IMSS- 567-12
Unidad de Medicina Familiar No.45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hidalgo, Nuevo León.	UMF No.45
Hospital General No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Nicolás de los Garza, Nuevo León.	HGZ No.6

I. HECHOS

5. El 14 de abril de 2020, QV presentó escrito de queja en esta Comisión Nacional en el que manifestó que el 14 de abril de 2019, con 33 SDG, sintió un fuerte dolor abdominal por lo que acudió a la UMF No. 45, en donde al realizarle un Doppler Fetal¹ le mencionaron que no se oía nada; le realizaron el tacto, encontrando sangre, por lo que la refirieron al HGZ No. 6, en donde alrededor de las 07:00 horas fue ingresada por urgencias a Tococirugía, pero la dejaron sola por media hora, pues le comentaron que no había médicos que pudieran atenderla.

6. Ante la falta de atención médica, la persona que acompañaba a QV solicitó la intervención del personal médico, y fue hasta ese momento que le practicaron un ultrasonido, sin embargo, el personal que realizó el estudio la regañó preguntándole “si no había leído la referencia médica, que ahí se mencionaba que la bebé ya no tenía latido y que el ultrasonido corroboró que estaba muerta”. QV se sintió mal y mencionó que el personal médico no tuvo empatía y no le brindaron apoyo emocional; también, manifestó que después de la noticia la dejaron sola de nueva cuenta en la camilla con dolor, sin brindarle ningún tipo de medicamento para controlarlo.

7. QV señaló que la inyectaron para que terminara de dilatar dándole a firmar una autorización para la cesárea, que un médico se acercó para “reventarle” la fuente, situación que fue muy dolorosa, ingresándola al quirófano sin anestesia ya que el anesthesiólogo no había llegado, sin embargo, decidieron no realizar la cesárea y optaron por un parto natural, la dejaron cargar el cuerpo de su bebé por unos minutos y perdió la conciencia. Cuando se despertó estaba en el pabellón de

¹ El monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal se usa para verificar la frecuencia y el ritmo de los latidos.

Ginecología entre dos mujeres que acababan de parir y tenían a sus bebés, lo cual consideró fue muy injusto.

8. Una médica le informó que tenía una fuerte infección y que al parecer había tenido desprendimiento de placenta. QV solicitó que a la bebé se le realizara una necropsia, ya que no confiaba en la información que le habían brindado a su familia, pues el cuerpo de la bebé estuvo perdido por varias horas en el hospital y tardaron en entregárselo. Finalmente, QV señaló que el 15 de abril de 2019, la dieron de alta con medicamento para atender la infección y que una semana después regresó al HGZ No. 6 para recoger los estudios de patología, pero no los encontraron y le dijeron que ni siquiera estaba la solicitud en los libros.

9. Con motivo de lo anterior, en esta Comisión Nacional se inició el expediente de queja **CNDH/4/2020/7554/Q**, para la investigación y documentación de las probables violaciones a los derechos humanos de QV, por lo que se solicitó diversa información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado y copia del expediente clínico de QV, con motivo de la atención médica que le fue brindada, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica, a la luz de los más altos estándares internacionales y con perspectiva de género, es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de fecha 14 de abril de 2020, presentado por QV en contra de personas servidoras públicas adscritas al UMF No.45 y HGZ No. 6 del IMSS.

11. Correo electrónico de fecha 24 de agosto de 2020, mediante el cual la representación de QV remitió a personal de esta CNDH, una ampliación del escrito de queja sobre los hechos de V1.

12. Correo electrónico de fecha 4 de enero de 2021, mediante el cual el abogado del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS da respuesta a la solicitud de información hecha por personal de esta CNDH de fecha 19 de octubre de 2020, mediante la cual remite la siguiente documentación:

12.1 Nota de Atención Médica Continua de fecha 15 de octubre de 2018, suscrita por AR1;

12.2 Nota médica de fecha 17 de octubre de 2018, elaborada por AR2;

12.3 Nota médica de fecha 09 de noviembre de 2018, suscrita por AR2;

12.4 Diagnóstico y tratamiento de fecha 16 de noviembre de 2018, elaborada por AR2;

12.5 Diagnóstico y tratamiento de fecha 17 de diciembre de 2018, suscrita por AR2;

12.6 Diagnóstico y tratamiento de fecha 18 de enero de 2019, elaborada por AR3;

12.7 Diagnóstico y tratamiento de fecha 22 de febrero de 2019, suscrita por PSP1;

12.8 Diagnóstico y tratamiento de fecha 08 de marzo de 2019, elaborada por AR4;

12.9 Diagnóstico y tratamiento de fecha 09 de abril de 2019, suscrita por AR5;

12.10 Nota de valoración de fecha 14 de abril de 2019, elaborada por PSP2;

13. Oficio No. 095503614033/0077 de fecha 20 de agosto de 2021, suscrito por la jefa de área de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, con el que se remite el Acuerdo de fecha 03 de junio de 2021, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, sobre el caso de V1;

13.1 Acuerdo de fecha 03 de junio de 2021, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, sobre el caso de V1, en la que se determina que la queja no es procedente desde el punto de vista médico.

14. Oficio 200201/200200/0193/2022 de fecha 08 de febrero de 2022, suscrito por la Titular del HGZ No.6, con el que remite las siguientes constancias del expediente clínico de QV:

14.1 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería de fechas 14 y 15 de abril de 2019;

14.2 Nota de cuidados de Enfermería al paciente quirúrgico de fecha 14 de abril de 2019;

14.3 Certificado de muerte fetal del producto de la gestación de QV.

15. Correo electrónico de fecha 07 de octubre de 2022, por medio del que la representación de QV remite a personal de esta CNDH Opinión Médica particular sobre el caso de V1, de medio particular; (foja 184)

15.1 Opinión Médica de medio particular, de fecha 19 de noviembre de 2019.

16. Opinión Médica de fecha 13 de septiembre de 2023, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH, en la que se concluyó que la atención brindada a V1 en la UMF No. 45 fue inadecuada, lo que trascendió a la salud e integridad de QV.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El presente asunto fue sometido ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, la cual, mediante Acuerdo de 3 de junio de 2021, emitió la resolución en sentido improcedente sobre los hechos materia de la queja, en ese sentido no se acordó dar vista a la persona titular del Órgano Interno de Control del IMSS sobre los hechos de QV.

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación, no se cuenta con datos indicativos de que se hubiera presentado Juicio de Amparo o demanda por responsabilidad patrimonial del Estado o denuncia ante el Órgano Interno de Control Específico del IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

19. Del análisis realizado al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2020/7554/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la

Comisión Nacional, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas y con enfoque de perspectiva de género, 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 jurisprudenciales aplicables de la CrIDH, se cuenta con evidencias suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos relativos a la protección a la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica, en agravio de QV, atribuible al personal médico de la UMF No. 45 y el HGZ No. 6, con base en las consideraciones siguientes:

❖ CONSIDERACIONES PREVIAS

20. 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.

21. Lo anterior, con el propósito no sólo de visibilizar un tema médico que, particularmente, afecta a las mujeres y personas con capacidad para gestar, sino de generar la sensibilidad necesaria sobre las repercusiones y efectos irreversibles,

que las prácticas y decisiones del personal médico pueden generar durante la atención obstétrica de las derechohabientes. Lo que se busca es generar mecanismos efectivos que impidan la repetición de situaciones de difícil e imposible reparación, como lo es la afectación a los derechos reproductivos de QV y de su proyecto de vida, en el presente caso.

22. 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, que 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.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. La protección a la salud es un derecho humano previsto en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM, y reconocido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud.

24. En la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, establece que es el “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 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 salud².

25. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, la salud constituye un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros.

26. Esta Comisión Nacional afirma que el derecho a la protección de la salud solo podrá alcanzarse por medio del cumplimiento de obligaciones del Estado mexicano, encaminadas al respeto pleno de los derechos, y a la exigencia de abstenerse de intervenir directa o indirectamente para impedir o negar el disfrute del derecho a la salud; al deber que tienen las instituciones públicas de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la protección de la salud y el deber jurídico de las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud de adoptar las medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad a este derecho⁴.

A.1. DERECHO A LA SALUD MATERNA

27. La CrIDH ha reconocido que “el derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte integral del derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel

² ONU, Observación General N°14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

³ CrIDH. Caso Brítez Arce Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Párr. 60.

⁴ CNDH. Recomendación General No. 15. Sobre el Derecho a la Protección de la Salud. 2009. p.16

posible de salud física y mental”⁵. Asimismo, se ha pronunciado, sobre el ejercicio de estos derechos para las mujeres, precisando que para ellas conlleva una serie de decisiones, sobre su plan de vida, cuerpo, salud sexual y reproductiva, libre de violencia, coacción y discriminación.

28. La CEDAW, en su artículo 12.1, indica la obligación de los Estados 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, el acceso a ese servicio.

29. En este sentido, la CEDAW, en su Recomendación General No. 24 señaló que “[...] *el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*” y que “[...] es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles⁶.”

30. El Estado Mexicano, está obligado a garantizar que las personas accedan a su derecho a la salud, de acuerdo a los criterios que establece en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la que señala que los servicios de salud deben cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Para el caso de las mujeres en el ejercicio de la maternidad, se deben adoptar medidas para mejorar los servicios de salud, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia, el acceso

⁵ CrIDH. Opinión escrita del centro de derechos reproductivos, pág. 3. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-29/34_Centro_DR.pdf. Fecha de consulta: 29/11/2023.

⁶ ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, “La Mujer y la Salud”, artículo 12, párr. 27.

a la información, así como los recursos necesarios para salvaguardar el derecho de las mujeres a la salud materna.

31. Así, a nivel nacional el artículo 61 de la LGS, se establece como salud materna “el período que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”. En esta etapa las mujeres experimentan numerosos cambios, tanto físicos, como emocionales, además de encontrarse en especial vulnerabilidad, lo que puede generar una serie de riesgos para el binomio materno-fetal.

32. La OMS, establece que este periodo debería ser “una experiencia positiva que asegurará el pleno potencial de salud y bienestar de las madres y sus bebés.”⁷ Sin embargo, en nuestro país, de acuerdo al INEGI, en 2022, se registraron 883 defunciones maternas y aunque no se cuenta con la causa específica, se refieren al número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención.

33. En esta interrelación de acceso a la salud materna del binomio materno-fetal, también se advierte que, durante 2022, se registraron 25 041 muertes fetales. Estas correspondieron a una tasa nacional de 72.2 por cada 100 mil mujeres en edad fértil, el 83.2 % de las muertes fetales ocurrió antes del parto, 15.8 % sucedió durante el parto y en 1.0 % de los casos no se especificó el momento. Del total de defunciones 53.0 % (13 270) de los casos de muertes fetales correspondió al sexo hombre y 37.0 % (9 270), a mujeres. En 10.0 % de los casos no se especificó el sexo⁸.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Salud materna. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1. Fecha de consulta 29/11/2023.

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Estadísticas de Defunciones Fetales 2022. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDF/EDF2022.pdf>. Fecha de consulta: 29/11/2023.

34. La mortalidad materna y la muerte fetal están estrechamente vinculadas, ya que, con independencia de que las estadísticas a nivel nacional no adviertan los casos en los que el binomio perdió la vida, es claro que son hechos que se derivan del proceso de la gestación o conclusión de este en el que no existió un tratamiento oportuno que pudo poner a salvo la vida de uno o de ambos, situación que refleja que las mujeres embarazarse en un riesgo cuando no existe una adecuada atención.

35. La OMS se ha pronunciado sobre la mortalidad materna, reiterando que son hechos evitables, ya que durante el periodo de la gestación se pueden considerar y llevar a cabo acciones que permitan advertir soluciones de atención a la salud del binomio materno-fetal para prevenir o tratar las complicaciones que son conocidas por el personal médico. En este entendido, todas las mujeres necesitan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, así como durante el parto y después de él, con la finalidad de que la atención sea respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto⁹.

36. El Informe Regional “Acceso a servicios de salud materna una perspectiva de derechos humanos”, establece como una obligación de los Estados, garantizar la salud materna, de acuerdo a las necesidades que se presentan en el embarazo, parto y el periodo posterior al parto, lo anterior, toda vez, que muchas de las complicaciones en el embarazo y parto son, generalmente, prevenibles¹⁰.

⁹ Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Fecha de consulta:30/11/2023.

¹⁰ Ibidem, párr. 3.

37. En atención a las necesidades específicas que se presentan durante el periodo del embarazo, parto y puerperio, la Recomendación General No. 24, de la CEDAW, se ha insistido en que la atención médica para la mujer debe tener en cuenta: a) Factores biológicos; b) Factores socioeconómicos; c) Factores psicosociales; así como el carácter de confidencial de la información; componentes que impactan de diferente manera a mujeres y hombres y que durante el ejercicio de este derecho a las mujeres se advierte una atención prioritaria para las mujeres durante y posterior al embarazo¹¹.

38. Las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos sufren diversos tipos de violencias y discriminación, por el simple hecho de ser mujeres. Sin embargo, cuando los hechos se detonan de decisión y elección ejercer la maternidad, se vulneran diversos derechos entre ellos a la vida, a la salud, a la igualdad, integridad y a la autonomía entre otros.

39. Por lo anterior, es importante resaltar que el Estado es el responsable de garantizar los derechos de las mujeres durante este proceso reproductivo por lo que es imperante generar acciones integrales para eliminar los actos de violencia y discriminación por parte de las personas servidoras públicas en los espacios de salud, generar acciones de sensibilización sobre la atención de calidad y respetuosa, dotar de presupuesto suficiente para que las instituciones públicas encargadas de brindar atención médica cuenten con insumos humanos, materiales y económicos para garantizar una cobertura sanitaria universal y llevar a cabo un servicio integral de acuerdo a las necesidades de la paciente y en el caso que nos ocupa del binomio materno-fetal.

¹¹ El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres Oscar Parra Vera, pág. 154.

A.2. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

40. 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 QV, debido a que los hechos refieren una inadecuada atención e intervención por parte del personal de salud del IMSS.

A.3. CONTROL PRENATAL Y CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS

41. El 15 de octubre de 2018, QV acudió al Servicio de Urgencias de la UMF No. 45 debido a dolor obstétrico y pérdidas mucohemáticas¹² de 5 días de evolución, mismas que disminuyeron, pero no desaparecieron. De acuerdo con las constancias médicas existentes en el expediente analizado, AR1, médico general adscrito al servicio de Urgencias de la UMF No.45, señaló que QV presentaba 6.6 SDG, por fecha de última regla; AR1 advirtió que QV no presentó ultrasonido ni laboratorios como referencia del embarazo que presentaba.

42. Durante esa atención médica, AR1 describió a QV con 90 kilos y talla de 1.64 cm por lo que, pese a advertir un índice de masa corporal de 33.4¹³, no hizo ningún señalamiento al respecto; asimismo, determinó sospecha clínica de probable amenaza de aborto¹⁴, por antecedente de pérdidas mucohemáticas transvaginales, riesgo obstétrico de 5.0¹⁵, por lo que la refirió al HGZ No. 6, para toma de estudios paraclínicos, valoración y manejo. Aunque la referencia a un hospital de segundo

¹² Sangrado vaginal.

¹³ Catalogado como obesidad grado 1

¹⁴ Algunas mujeres embarazadas experimentan algún sangrado vaginal durante los primeros 3 meses del embarazo. El sangrado puede presentarse con o sin cólicos abdominales. Cuando los síntomas indican que es posible que se presente un aborto espontáneo, la afección se denomina "amenaza de aborto".

¹⁵ De acuerdo con la estratificación de Riesgo Papiernik- Berhauer modificado por Gonik- Creasy (1986) Parto pretérmino, una valoración de 5 a 9 representa riesgo intermedio, al presentar antecedentes patológicos, obstétricos o circunstancias sociodemográficas, que durante el embarazo, parto o puerperio podrían ocasionar un aumento en la morbilidad materno-fetal.

nivel por AR1 fue acorde a lo establecido en la IMSS-GPC-SS-026-20, no existen las notas médicas de la atención que recibió QV en el HGZ No.6.

43. El 17 de octubre de 2018, QV inició su control prenatal en la UMF No.45 siendo valorada por AR2, médico general, adscrito al servicio de Medicina Familiar de la UMF No.45, quien señaló que para esa fecha la paciente cursaba 7.1 SDG, además hizo referencia de que le realizaron un ultrasonido transvaginal encontrando útero en retroversoflexión¹⁶ ocupado por saco gestacional, regular con adecuada reacción residual, longitud cráneo-rabadilla de 6 semanas de gestación traspolado a esa fecha 7.1 semanas, contra refiriéndola para iniciar su seguimiento y control, solo con manejo de indometacina en supositorios rectales.

44. En esta primera consulta de control prenatal AR2 describió a QV sin datos patológicos, con altura de útero de fondo uterino de 7 centímetros y únicamente señaló solicitud de pruebas de laboratorio de rutina para paciente embarazada, ingesta de paracetamol, ácido fólico, vitaminas y minerales. Cabe destacar que en la nota de atención médica AR2, asentó el peso de paciente de 88 kilos sin advertir un factor de riesgo importante para la aparición de complicaciones materno-fetales, como lo es la obesidad con la cursaba QV, también omitió remitirla al servicio de nutrición¹⁷.

¹⁶ Útero retroversoflexión. Normalmente, el útero se inclina hacia adelante en el cuello uterino. Un útero retrodesviado, también llamado útero ladeado, se inclina hacia atrás en el cuello uterino en vez de hacia adelante. Suele considerarse una variación anatómica normal. Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/female-infertility/multimedia/tipped-uterus/img-20008147>. Fecha de consulta: 30/11/2023.

¹⁷ De acuerdo con la IMSS-GPC-SS-026-20, Las mujeres embarazadas, que por lo general requieren de cuidado adicional, son las que tienen las siguientes condiciones: Obesidad con índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 o bajo peso (IMC ≤ 18); también que en la primera consulta prenatal el profesional médico debe proporcionar información específica sobre: La nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D.

45. De la atención que recibió QV, en las primeras consultas médicas se advierte que no tuvo acceso a un adecuado control prenatal¹⁸ en el que se observen las acciones que se generaron por parte de personal médico del IMSS, con el objeto de vigilar el embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto. La atención prenatal tiene la finalidad de brindarle servicios integrales de salud al binomio madre-hijo en los que se encuentra medidas de promoción y de prevención incluyendo apoyo nutricional¹⁹, hechos que no ocurrieron en la atención de QV, que durante sus tres primeras consultas AR1 y AR2, omitieron brindar este apoyo. Sin embargo; en el caso de QV, no se le brindó una atención ni cuidados especializados que pudieran identificar los factores de riesgo posibles a los que estaba expuesta por su grado de obesidad y riesgo obstétrico, acciones que, de acuerdo a la OMS, tienen como finalidad brindar una adecuada atención prenatal.

46. En este tenor y de acuerdo a la Opinión Médica de personal especializado de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la importancia de señalar el grado de obesidad con la que cursaba la paciente radica con la relación que tiene con la pérdida gestacional. Lo anterior, conforme a la GPC-SS-026-20²⁰, sin embargo, QV no recibió una atención específica en la que se señalara su factor de

¹⁸ Si bien, el control prenatal conlleva una serie de acciones previas al parto, la IMSS-GPC-SS-026-20, establece que consiste en recibir atención de calidad y no solo el número de visitas a las que acude la persona gestante. Las cuales se deben llevar a cabo desde el primer mes de gestación y de manera periódica por lo menos una vez al mes, con la finalidad de identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada.

¹⁹ Cabe mencionar que el IMSS, cuenta con una herramienta para llevar el control de las citas médicas de la persona gestante “Cartilla de la Mujer Embarazada”¹⁹, en la que se debe registrar el control de las citas médicas y los datos relevantes como peso, presión arterial, latidos fetales, datos de alarma para establecer un adecuado seguimiento y acciones específicas de atención que pudieran contrarrestar riesgo, así como, morbilidad y mortalidad materno fetal. Cartilla de la mujer embarazada. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/maternidad/pdf/cartillaEmbarazo.pdf>.

²⁰ las mujeres embarazadas, que por lo general requieren de cuidado adicional, son las que tienen: Obesidad con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 o peso bajo de (IMC) menor a 18, entre otras condiciones”

riesgo como medio de prevención ante la aparición de complicaciones materno-fetales, además de que no fue referida al servicio de nutrición.

47. Por notas médicas de fecha 09 de noviembre de 2018, se pudo conocer que el 08 de noviembre del mismo año, QV acudió al HGZ No.6, en donde personal de esa Unidad Médica la diagnosticó con infección de vías urinarias y amenaza de aborto, iniciando manejo con indometacina²¹ y amoxicilina²², además de solicitar a su Unidad de Medicina Familiar emitir incapacidad por cinco días.

48. El 09 de noviembre de 2018, QV acudió a la UMF No. 45, en donde fue atendida por AR2, quien de la exploración física que realizó determinó “paciente con dolor en hipogastrio²³ de irradiación a espalda y signo de Giordano positivo²⁴, sin otros datos patológicos, por lo que indicó continuar con el tratamiento otorgado por el médico ginecólogo que la atendió el 8 de noviembre de 2018 en el HGZ No. 6, además de 5 días de incapacidad y envió a su domicilio.

49. De manera reiterada se observa que AR2 omitió de nueva cuenta advertir el peso de QV, como un factor de riesgo, lo que fue contrario al artículo 8 fracción I, del Reglamento de la LGS²⁵, así como del artículo 5.1.4 de la NOM-007-SSA2-2016²⁶, además de que el diagnóstico que determinó (Giordano positivo), dato

²¹ Inhibidor de la actividad uterina.

²² Antibiótico.

²³ Parte inferior del vientre.

²⁴ Durante la exploración física lo que el especialista hará es golpear suavemente la columna lumbar del paciente y si éste manifiesta una posición defensiva moviéndose del médico es porque padece de cálculos renales, o litiasis, como también se le conoce.

²⁵ Artículo 8.- Las actividades de atención médica son:

I.- Preventivas: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

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

clínico de infección en vías urinarias altas o pielonefritis²⁷, cuadro que, de acuerdo a la Opinión Médica realizada por personal especializado, se trata de una complicación importante en el embarazo, sin embargo, solo refirió diagnóstico de infección en vías urinarias bajas, sin advertir que se trataba de una complicación médica que ponía en riesgo al producto de la gestación, por lo que valoración de AR2 fue inespecífica, omitiendo otorgar una atención integral.

50. El 16 de noviembre de 2018, QV, acudió a su segunda consulta de control prenatal en la UMF No.45, en la que fue valorada por AR2, quien manifestó que la paciente cursaba la semana 11 de gestación con altura de fondo uterino de 10 centímetros, y frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minutos, sin datos patológicos en vías urinarias no de cervicovaginitis, con reporte de examen general de orina de 13 de noviembre de 2018, con sedimento moderado²⁸, leucocitos 6-8 por campo²⁹, células epiteliales moderadas³⁰ y bacterias escasas, datos correspondientes con leucocituria³¹, por lo que estableció el diagnóstico de infección en vías urinarias en el embarazo, lo que significa un riesgo obstétrico de 8 e indicó tratamiento de ácido fólico³², nitrofurantoína³³, vitaminas y minerales, además de solicitar ultrasonido obstétrico.

²⁷ Complicación importante en el embarazo, y cuya clínica se caracteriza por dolor en región lumbar (unilateral y bilateral) o en abdomen, hipersensibilidad en el ángulo costo vertebral, en menor frecuencia se presenta cistitis (inflamación de la vejiga), disuria (dificultad para orinar) y aumento en la frecuencia y en casos graves escalofríos, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, asociado a grados variables de deshidratación, cefalea (dolores de cabeza recurrentes) y taquipnea (aumento en la frecuencia respiratoria).

²⁸ En ocasiones, el sedimento urinario puede contener microorganismos, como bacterias, hongos o parásitos, que pueden indicar una infección urinaria. En estos casos, se realiza una prueba adicional, llamada urocultivo, para identificar el organismo específico y determinar el tratamiento antimicrobiano más apropiado.

²⁹ Los valores normales de leucocitos en orina se sitúan en menos de 5 células por campo o 10.000 células por mL. Los valores superiores son calificados de leucocituria o piuria.

³⁰ Si hay una "cantidad moderada de células" o "muchas", esto puede ser signo de un problema médico como: Infección del tracto urinario. Infección por candida. Enfermedad de los riñones.

³¹ Más de 05 leucocitos por campo.

³² Es una vitamina B. El cuerpo lo usa para producir células nuevas. Piense en la piel, el cabello y las uñas. Estas, y otras partes del cuerpo, producen células nuevas todos los días.

³³ La nitrofurantoína se utiliza para tratar las infecciones del tracto urinario.

51. El 17 de diciembre de 2018, en su tercera consulta prenatal, QV fue valorada por AR2, médico adscrito al servicio de Medicina Familiar de la UMF No.45, quien señaló que cursaba con 11 SDG y que no presentaba datos de patológicos en vías urinarias ni de cervicovaginitis³⁴. Además, determinó como diagnóstico embarazo normal, continuando con el tratamiento con ácido fólico, vitaminas y minerales, pero agregando nuevamente nitrofurantoína³⁵, lo cual, de acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional, no tiene un sustento clínico, ya que no se describieron datos compatibles con infección de vías urinarias a ningún nivel, ni tampoco se dio ningún seguimiento al examen general de orina previo con la realización de un examen general de orina de control y urocultivo³⁶, al haberse identificado sedimento moderado, por lo que AR2 incumplió con lo previsto en la GPC-IMSS-078-08³⁷. Cabe mencionar que en esta tercera revisión tampoco se realizó ninguna observación, mención sobre la obesidad de la paciente como factor de riesgo para el binomio madre-hijo.

52. El 18 de enero de 2019, QV realizó su cuarta visita al UMF No. 45 como parte de su control prenatal, siendo atendida por AR3, médica adscrita al servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 45 quien la describió con 20 SDG con altura de fondo uterino de 20 centímetros y frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, sin datos patológicos, además mencionó que durante el interrogatorio que realizó a la paciente negó sangrado vaginal, síntomas urinarios, actividad uterina, o leucorrea,³⁸

³⁴ Es la infección del útero, ovarios y trompas de Falopio. Aparece por la ascensión de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino.

³⁵ La nitrofurantoina se utiliza para tratar las infecciones del tracto urinario.

³⁶ Es el cultivo de orina para diagnosticar infección sintomática del tracto urinario o infección asintomática (bacteriuria asintomática) en pacientes con riesgo de infección.

³⁷ Se deberá solicitar urocultivo para confirmar el diagnóstico de bacteriuria asintomática o cistitis... Se deberá solicitar urocultivo para el adecuado diagnóstico y tratamiento.

³⁸ Leucorrea. Secreción abundante, con mal olor, que cambia su coloración a amarillo o incluso verde, que es irritante y produce picor, y puede indicar una infección a nivel vagina, del cuello uterino o incluso del útero. López-Olmos, J. Leucorreas líquidas y cremosas: diferencias clínicas y microbiológicas. *Clínica Investigación Ginecológica Obstetricia*. 2012; 39(2): págs. 57-63

concluyendo embarazo “normal”. Asimismo, durante la atención solicitó curva de glucosa³⁹ y urocultivo, y programó nueva cita para control prenatal.

53. De acuerdo a la GPC-IMSS-028-08⁴⁰, un índice corporal mayor a 30, como el que presentaba la agraviada es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional, por lo que se debía practicar la referida prueba de curva de glucosa desde la primera consulta prenatal, por lo que AR1 y AR2 fueron omisos respecto de ese deber; asimismo, que es recomendable que toda persona embarazada reciba atención y seguimiento esencial para complicaciones centradas en las necesidades individuales⁴¹; sin embargo, hasta la cuarta consulta prenatal el personal médico del IMSS determinó un estudio especializado para garantizar la evolución normal del embarazo y facilitar la detección precoz de complicaciones.

54. En la misma consulta, AR3 omitió solicitar un ultrasonido de control, al cursar QV con 20 SDG, de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 que establece que el segundo ultrasonido de control para determinar el bienestar materno y fetal debe realizarse entre la semana 18 y 22 de gestación, situación que no ocurrió⁴².

55. El 22 de febrero de 2019, PSP1, médico adscrito al servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 45, realizó la quinta consulta del control prenatal de QV, en

³⁹ Se trata de una prueba de laboratorio que evaluó el comportamiento de la glicemia tras la ingesta de glucosa y se emplea en el diagnóstico de diabetes tipo 2, resistencia a la insulina y diabetes gestacional.

⁴⁰ En la persona embarazada en primer trimestre con alteraciones de glucosa de ayuno y en ausencia de síntomas, se recomienda realizar curva de tolerancia a la glucosa oral con carga de 75gr o nueva determinación de glucosa de ayuno o si se cuenta con el recurso, determinación de HbA1C.

⁴¹ Es recomendable que toda persona embarazada reciba atención y seguimiento esencial para complicaciones centradas en las necesidades individuales, así como, realizar la formación de grupos de cuidado prenatal que incluya a personal de salud como: enfermería, trabajo social, ginecoobstetras, médico general, médico familiar, pediatría y la pareja.

⁴² 5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

la que la reportó con 25 SDG, 102 kilos, con altura de fondo uterino 21 centímetros y frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, sin hacer mención sobre su grado de obesidad como factor de riesgo para comorbilidades materno-fetales. De igual manera agregó que la paciente cursaba una bacteriuria asintomática⁴³ del embarazo, describiendo un urocultivo con reporte de 190,000 unidades formadoras de colonias, además de presentar tensión arterial de 140/90 mm/Hg, correspondiendo a la elevación de las cifras⁴⁴, por lo que la catalogó con probable hipertensión transitoria del embarazo⁴⁵ por lo que estableció tratamiento y la canalizó al segundo nivel de atención médica, al servicio de Ginecología del HGZ No.6 para su valoración por la alteración de la curva de glucosa, agregando glicemia inicial de 175 mg/dl, lo que fue contrario a la GPC-IMSS-028-08⁴⁶.

56. Es importante referir que se desconoce si QV recibió atención médica en el HGZ No.6, ya que en el expediente no existe la nota médica correspondiente. El 8 de marzo de 2019, AR4, médica adscrita al servicio de Medicina Familiar de la UMF No.45, en la revisión de control prenatal con 27 SDG y 25 centímetros de fondo uterino y 150 latidos por minuto, como frecuencia cardiaca, sin embargo, de la atención omitió solicitar ultrasonido de control, conforme lo marca la NOM-007-SSA2-2016, en la que refiere que el tercer ultrasonido de control para determinar el bienestar materno fetal debe solicitarse en la semana 29 y 30⁴⁷, lo cual no ocurrió con QV.

⁴³ Trastorno en el que las bacterias están presentes en la orina en cantidades superiores a las normales, pero no se producen síntomas. Disponible en:

⁴⁴ Normal en embarazo <120/80 mmHg.

⁴⁵ Es la que aparece tardíamente en el embarazo. Es leve o moderada, sin presencia de proteínas en la orina y desaparece después del parto.

⁴⁶ Criterios diagnósticos en un paso para Diabetes Gestacional: Glucosa plasmática 1 hora poscarga >180 mg/dl.

⁴⁷ 5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

57. El 09 de abril de 2019, AR5, médica adscrita al servicio de Medicina Familiar de la UMF No.45, fue responsable de la atención prenatal de QV, en el servicio de UMF No. 45, durante la consulta, registró la atención de la paciente con 32 SDG, 27 centímetros de altura de fondo uterino, y 160 latidos por minuto de frecuencia cardiaca. Asimismo, estableció como diagnóstico “embarazo normal”, sin embargo, también omitió solicitar un examen general de orina de seguimiento, tal como lo marca la GPC-IMSS-078-08, estudio que debe realizarse como buena práctica a la semana 18-20 y entre la semana 32-34 de gestación.

58. El 14 de abril de 2019, QV acudió a al servicio de atención médica del UMF No.45, debido a dolor lumbar y contracciones uterinas cada 10-15 minutos, además de referir que un día antes (13 de abril de 2019), presentó salida de tapón mucoso⁴⁸, desconociendo el motivo por el cual no acudió inmediatamente para su valoración, ya que en las consultas prenatales se le indicó que se le había informado sobre los datos de alarma en el embarazo.

59. En esta fecha la paciente fue atendida por PSP2, adscrito a la UMF No. 45, quien posterior a la revisión describió que no se auscultaba el foco fetal, ni se identificaban movimientos abdominales, al respecto en la nota médica correspondiente no se advierte que se haya interrogado a la paciente sobre la última vez que los percibió; además al tacto vaginal, mencionó que QV presentaba 5 centímetros de dilatación⁴⁹ cervical y borramiento del cuello uterino de 30%⁵⁰ por lo que estableció diagnóstico de trabajo de parto prematuro y refirió a la paciente al Servicio de Urgencia de Gineco obstétricas del HGZ No. 6.

⁴⁸ Es una secreción espesa ubicada en el canal cervical, que durante el embarazo mantiene sellado el cuello del útero, formando una barrera entre el medio fetal y el medio externo; su expulsión es signo de inminencia del trabajo de parto, por lo que en un embarazo de 33 SDG representa un signo de alarma, ante la falta de maduración del producto de la gestación.

⁴⁹ Significa que el cuello uterino se abre.

⁵⁰ Durante la primera etapa del trabajo de parto, el cuello del útero se expande (se dilata) y se adelgaza (borramiento) para permitir que el bebé se mueva hacia el canal de parto.

60. Es importante reiterar que no se contó con las notas médicas correspondientes a la atención médica brindada a QV en el HGZ No. 6, por lo que no se pudo analizar integralmente la atención que se otorgó ni su calidad, por causas imputables a la autoridad, sin embargo, por hoja de enfermería de fecha 14 de abril de 2019 por personal de enfermería del HGZ No.6, se pudo conocer que en esa fecha, QV ingresó a sala de parto en donde se concluyó su embarazo vía vaginal, señalando que se recibió producto obitado de 32 semanas de edad gestacional, con peso de 2,500; señalando como causas de fallecimiento del producto insuficiencia útero placentario⁵¹ y corioamnionitis⁵², se realizó rutina de producto, se colocó DIU, y se ingresó a QV, consiente, a sala de recuperación”.

61. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, debido a la ausencia de constancias médicas, derivado al mal manejo del expediente clínico del HGZ No.6, no pudo conocerse fehacientemente las condiciones clínicas en las que llegó la agraviada, los estudios que le fueron practicados, ni los datos identificados una vez obtenido el producto de la gestación que llevaron al personal médico a establecer diagnóstico de insuficiencia feto placentaria, la cual se encuentra ligada a la restricción de crecimiento fetal y no a la presencia de productos macrosómicos, como lo fue el producto de QV; tampoco fue posible señalar en qué datos clínicos se sustentó el diagnóstico de corioamnionitis ni si el manejo otorgado fue adecuado para ello.

62. Cabe mencionar que QV acudió en 10 ocasiones a la UMF No. 45, para recibir atención prenatal durante las cuales AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron de manera reiterada atender a la paciente de acuerdo a las NOM-007-SSA2-2016,

⁵¹ Insuficiencia Placentaria. Incapacidad de la placenta de ofertar los recursos necesarios (nutricionales y oxigenatorios) que demanda el feto.

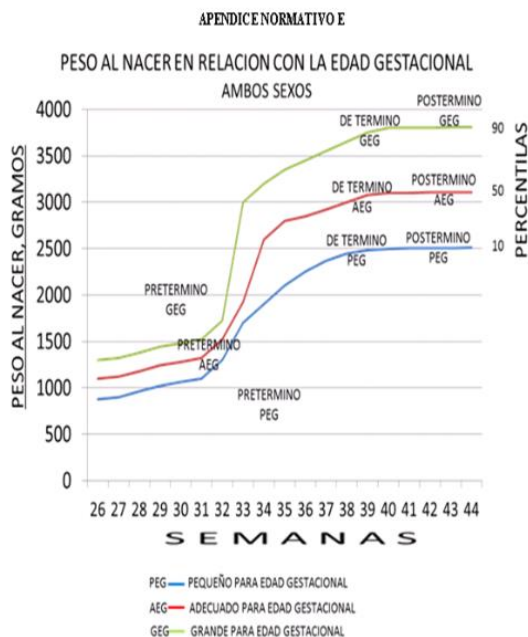
⁵² Presencia de gérmenes en el líquido amniótico (estéril en condiciones normales), que comportará manifestaciones clinicoanalíticas para la madre y/o para el feto.

NOM-004-SSA3-2012, GPC-IMSS-078-08, IMSS-GPC-SS-026-20 y GPC-IMSS-028-08, ordenamientos que de manera clara y precisa manifiestan la atención que se le debe otorgar a la paciente de manera personalizada y preventiva para salvaguardar al binomio materno fetal.

63. Durante estas consultas, se vulneró el derecho a la salud de QV, al no canalizarla al área de nutrición, toda vez que desde su primera atención prenatal se registró a la paciente con 90 kilos y índice corporal de 33.4 y talla de 1.64 y hasta la conclusión del embarazo con 102 kilos, datos que de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, como un factor de riesgo es la obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo, medición y registro de peso y talla, con estos datos e información realizar la interpretación y valoración de la paciente; a fin de garantizar una atención especializada en materia de nutrición. De acuerdo con la OMS, “la nutrición materna es un determinante clave del crecimiento fetal, el peso al nacer y la morbilidad de los lactantes; una nutrición deficiente a menudo tiene efectos perjudiciales a largo plazo e irreversibles para el feto”⁵³.

64. Lo anterior, es coincidente con lo señalado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional que refirió que, independientemente de la falta de evidencia documental sobre la atención que se le brindó a QV en su parto, se pudo conocer que el producto de la gestación contaba con un peso de 2 kilos con 500 gramos, lo que de acuerdo con el apéndice normativo E de la NOM-007-SSA2-2016, correspondía a un producto pretérmino, grande para la edad gestacional.

⁵³ Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia, Organización Mundial de la Salud, pág. 3.



* Apéndice normativo E de la NOM-007-SSA2-2016

65. También, se omitió realizar la curva de tolerancia a la glucosa desde la primera consulta prenatal y posteriormente entre la semana 24 y 28 de gestación, la citada prueba mide la respuesta del cuerpo al azúcar (glucosa) y se puede usar para detectar o diagnosticar diabetes gestacional (un tipo de diabetes que aparece durante el embarazo),⁵⁴ esta determinación médica permite tomar las medidas necesarias ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata la cual debe identificar los factores de riesgo adversos del embarazo e identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas de vigilancia y seguimiento de la atención del embarazo. Asimismo, en su atención de fecha 09 de abril de 2019 por AR5, se omitió solicitar nuevo examen general de orina y urocultivo, de seguimiento sugerido entre la semana 32 y 34.

66. Por todo lo anterior, y de acuerdo a la Opinión Médica, realizada por personal especializado de esta Comisión Nacional la atención médica que recibió QV, fue

⁵⁴ Prueba de tolerancia a la glucosa. Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/glucose-tolerance-test/about/pac-20394296>. Fecha de consulta: 30/11/2023.

inadecuada debido a las diversas omisiones, el personal médico que intervino durante su control prenatal⁵⁵ no contaba con elementos técnicos médicos necesarios para identificar la macrosomía del producto de la gestación, así como las infecciones maternas existentes, y con ello el riesgo de potenciales complicaciones materno-fetales, que finalmente se presentaron; dichas omisiones trascendieron a la salud de QV y tuvieron repercusión en la pérdida de su producto de la gestación.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE QV

67. El derecho a la integridad personal está interrelacionado con el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4^o, párrafo cuarto, de la CPEUM, por lo que se considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, de ahí que las personas prestadoras de los servicios de salud están obligadas a contar con conocimientos necesarios que su actividad requiere, para brindar atención adecuada y oportuna que garantice a las personas usuarias el derecho a su integridad personal.

68. La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1, que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones del Estado derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en

⁵⁵ La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio y consecuente violación a sus derechos humanos.

69. La Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce el derecho a la integridad personal, física y psíquica, cuya infracción es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y [...] cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos⁵⁶. La protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación⁵⁷.

70. También, la CrIDH interrelaciona el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, pues refiere que estos se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención⁵⁸. En este sentido, la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación⁵⁹.

71. En la Recomendación 63/2023⁶⁰, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como *“[...] aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o*

⁵⁶ CrIDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Párr. 267.

⁵⁷ CrIDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021, párr. 94, en el mismo sentido, CrIDH Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Párr. 130.

⁵⁸ CrIDH. Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de agosto de 2017. Serie C No. 338. Párr. 119.

⁵⁹ CrIDH. Caso Chinchilla Sandoval y Otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C. No. 312. Párr. 170

⁶⁰ CNDH, Recomendación 64/2023, Párr. 51.

cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”.

72. Toda persona tiene derecho a ser protegida en su integridad personal, situación que en este caso no sucedió, constituyendo las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para la inadecuada atención médica de QV, el soporte que comprobó la afectación a su integridad personal, por lo siguiente:

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE QV

73. En el presente caso AR2, AR3, AR4 y AR5, omitieron realizar un adecuado control prenatal, dichas omisiones relacionadas con la falta de acceso a un segundo nivel de atención médica, para otorgarle a QV, una atención personalizada de acuerdo con los factores de riesgo que presentó desde la primera consulta en su Unidad de Médica Familiar son factores que vulneraron la integridad personal de la paciente durante el seguimiento de su embarazo.

74. La inadecuada atención que recibió QV, es la causa por la cual el servicio de atención prenatal no cumplió con el objetivo de generar acciones para proteger el binomio materno-fetal. Acciones que de manera reiterada no diagnosticaron, ni identificaron los factores de riesgo en los que se encontraba QV, como persona gestante por lo que permitieron que evolucionaran sus complicaciones médicas. Estas omisiones pusieron en un riesgo innecesario a QV lo que condujo a la pérdida del producto de la gestación, afectando su integridad física, así como las consecuencias emocionales que la inadecuada atención médica le ocasionó.

75. En ese sentido, QV advirtió que esas afectaciones se vieron intensificadas con la falta de empatía por parte del personal médico del HGZ No. 6, ante su pérdida, toda vez que, recibió regaños por no leer las notas médicas, ni las referencia que se advertían en ella. Asimismo, mencionó que entre el personal no se advierte empatía respecto al dolor que implica la pérdida del producto de la gestación, toda vez que la colocaron rodeada de dos mujeres que se encontraban con sus hijos recién nacidos, situación que provocó mayores afectaciones emocionales a QV.

76. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 vulneraron el derecho de QV a la integridad personal en sus modalidades, física y psicológica, al no haber actuado con diligencia en la atención médica brindada, lo cual evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, al haber puesto en riesgo su vida innecesariamente, pese a que estaban en la obligación de apearse a conocimientos científicos y éticos orientadores de su práctica médica, lo que, al no haber sucedido, contribuyó en la inadecuada atención que derivó en la afectación a su derecho a la salud y a su integridad personal, incumpliendo así con su deber de garantizar calidad y oportunidad en dicha atención, así como con los artículos 48 y 138 BIS, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad, al haber omitido brindarle las prestaciones de salud oportunas, seguras y de calidad.

C. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

77. La Relatora Especial de Naciones Unidas, sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental, reconoció que “[l]as vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto, en establecimientos sanitarios y el posparto —cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del

personal hospitalario—, conjuntamente conocidas como violencia obstétrica, están muy extendidas⁶¹.

78. Por su parte, la Relatora Especial de Naciones Unidas, sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias, identificó la violencia obstétrica como aquella “sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud” y destacó que se manifiesta en “falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones⁶²”.

79. A la luz de la Convención Belém do Pará, las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en periodo posparto⁶³; asimismo define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7, la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla. Este derecho incluye, por supuesto, la protección de no sufrir violencia física, sexual y psicológica perpetrada en establecimientos de salud, por el Estado, sus agentes, o por cualquier persona.

80. La CrIDH se ha pronunciado, de forma específica, sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto, en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una

⁶¹ ONU, Relatora Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental. La violencia y su impacto en el derecho a la salud, UN Doc. A/HRC/50/28, 14 de abril de 2022, párr. 44.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ CrIDH. Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 77

forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o posparto, en centros de salud públicos o privados”⁶⁴.

81. La CrIDH encuentra que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género “prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará”, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto⁶⁵.

82. La LGAMVLV, en los artículos 35 y 46, fracciones II y X, indica que el Estado es responsable de brindar, a través de las instituciones del sector salud, de manera integral e interdisciplinaria, la atención médica y psicológica, con perspectiva de género, a las víctimas para que se asegure que en la prestación de los servicios del sector salud se respeten sus derechos humanos, así como prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

83. En la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo

⁶⁴ Ibidem, párr. 75

⁶⁵ CrIDH. Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 8

de violencia de género, una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

84. En el párrafo 85 de la Recomendación 93/2022, se resaltó que esta Comisión Nacional observa con preocupación que la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que la gran mayoría de las mujeres que la viven consideran que es “normal”, en tanto el personal médico que la genera no reflexiona si su proceder es adecuado en un marco de protección de los derechos humanos tanto de la mujer embarazada como del producto de la gestación.

C.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO DE QV A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

85. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 ejercieron violencia obstétrica en agravio de QV, al omitir proporcionarle una atención médica materna integral con oportunidad, seguridad y calidad, exponiéndola, con sus acciones, a riesgos innecesarios con efectos como los que afectaron de manera definitiva a QV.

86. De acuerdo con la Opinión Médica emitida por el área especializada de esta Comisión Nacional, estas omisiones colocaron a QV en un riesgo innecesario en una etapa de especial vulnerabilidad, como lo es el proceso de parto, al no otórgale una atención prenatal integral que le permitiera recibir información suficiente y oportuna para garantizar su derecho al acceso a la salud del binomio materno-fetal.

87. En ese sentido, esta Comisión Nacional advierte que tales omisiones son constitutivas de violencia obstétrica, toda vez que la falta de atención por parte de personal de la salud a las mujeres gestantes advierte una conducta que vulnera su derecho a vivir libres de violencia y que en el caso en particular de QV, permitió que no se le brindará la atención que requería de acuerdo a sus factores de riesgo.

88. Esta Comisión Nacional ha referido el deber de la debida diligencia conlleva a adoptar las medidas necesarias y razonables ante actos, irregularidades u omisiones que puedan configurar posibles violaciones a derechos humanos; por ello, cuando la autoridad adopta medidas para atender, evitar o suprimir tales afectaciones, actúa con debida diligencia⁶⁶. Al respecto, la CrIDH ha señalado que “el deber de actuar con debida diligencia también corresponde, de manera general, a la obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención Americana a toda persona sujeta a su jurisdicción... sí como organizar todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público”⁶⁷.

89. En el caso de actos de violencia de género, como fue referido, de acuerdo con la Convención Belém do Pará, las autoridades del Estado tienen el deber de actuar con debida diligencia para investigar dichos actos y sancionarlos, lo que en el marco de las atribuciones del sistema no jurisdiccional de los derechos humanos, también implica el deber de prevenir y reparar integralmente los daños a los derechos humanos de las víctimas, generados con motivo de esos actos; es por ello que en este caso, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 con sus omisiones inobservaron sus deberes de atender y evitar, que QV padeciera de una atención y manejo

⁶⁶ CNDH, Recomendación 2019/2023, párrs. 74-75.

⁶⁷ CrIDH, Opinión Consultiva OC-23/17: “Obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal – Interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, solicitada por la República de Colombia, de 15 de noviembre de 2017, párrafo 59.

inadecuados al no advertir, como era previsible, de los múltiples factores de riesgo que QV padeció durante todo su embarazo, en el marco de la búsqueda de la garantía de sus derechos reproductivos y la protección de la salud, generándose responsabilidad por violencia obstétrica que derivó en la pérdida de su producto de la gestación y con ello, omitiendo acciones para erradicar la violencia de género en los servicios de salud que brinda ese Instituto.

90. En este caso, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en la atención brindada a QV fue inadecuada, ya que la vigilancia de la evolución de su embarazo fue carente de metodología clínica médica⁶⁸, y no se llevaron a cabo actividades curativas de la atención médica, sin que en el control prenatal existiera oportunidad de atención, es decir, a la agraviada no se le proporcionaron los servicios en el momento en que los requería, esto con relación a la falta de solicitud de los estudios que necesitaba y a la desestimación de la obesidad materna como factor de riesgo para complicaciones del binomio.

91. En ese sentido, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional pudo advertir que el producto de la gestación de QV presentó factores de riesgo de macrosomía fetal como fue referido, sin que fuera oportunamente advertido, existiendo una necesidad de vigilancia estrecha durante todo el embarazo de QV, que prestara especial atención a la ganancia ponderal de peso, ya que el estado inflamatorio que se da en el embarazo de una paciente con obesidad, provoca un estrés oxidativo que también se da a nivel intrauterino afectando la unidad feto-placentaria⁶⁹; por ello, como ha quedado descrito, no ocurrió una adecuada vigilancia clínica a QV, ya que durante su control prenatal AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 fueron omisos al considerar los factores de riesgo que presentaba para el desarrollo de potenciales

⁶⁸ El método clínico es la aplicación del método científico al estudio del proceso de salud-enfermedad en el individuo, con vistas a conocer, valorar y transformar dicho proceso en el individuo o sujeto.

⁶⁹ Prueba de ello es que en estudios con placentas humanas de personas con obesidad grávida mostraron elevada expresión de genes relacionados a la inflamación y estrés oxidativo.

complicaciones materno-fetales por lo que no contaron con los elementos técnicos necesarios para identificarlos oportunamente.

92. Es importante señalar que en su testimonio, QV refirió que, después de los eventos descritos en esta Recomendación, despertó “en la noche en el pabellón de ginecología entre dos mujeres que acababan de parir y tenían bebés y fue muy injusto”; al respecto, PSP4, subdirector del HGZ No.6, informó a esta CNDH que, “al ser nuestro hospital una unidad pública, no es posible tener habitaciones separadas o aisladas, por lo que de acuerdo a la disponibilidad de camas los pacientes se les otorgara cama desocupada en el momento de que se genere su ingreso, para evitar estancias prolongadas”.

93. De la citada información proporcionada por PSP4, se advierte la responsabilidad institucional en la que se encuentra la Unidad Médica, al referir que el espacio físico (camas), se asigna a los pacientes, de acuerdo al orden de su ingreso, sin considerar las particularidades de la atención obstétrica (urgencia, riesgo y condición físico-emocional). Sumado a lo anterior, PSP4, así como el personal de atención directa, no brindaron una atención empática por la pérdida gestacional, toda vez, que no se advierte que la necesidad de una medida o acción oportuna para el caso de una urgencia obstétrica o pérdida gestacional.

94. Esta Comisión Nacional advirtió que lo señalado por QV, está relacionado a la falta de infraestructura del HGZ No.6, por lo que es necesario señalar que el IMSS tiene la responsabilidad de generar entornos de atención obstétrica libres de violencia en todas sus Unidades Médicas, en ese sentido, lo descrito en el párrafo anterior, es una muestra de cómo las instituciones de salud pueden institucionalizar la violencia obstétrica mediante la permanencia de espacios en los que mujeres y personas gestantes, que pueden o no, ser víctimas de violencia obstétrica, sufren

de atención carente de calidez y sensibilidad, y en donde se les puede revictimizar ante una pérdida, como es el caso de QV.

95. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH recogió la experiencia del llamado “código mariposa”, implementado desde el año 2021 en hospitales de Jalisco, que consiste en colocar una mariposa en la cabecera de la cama ocupada por la mamá que ésta atravesando por la pérdida, a fin de que todo el personal la identifique y le brinde un trato digno, sensible y respetuoso, y en los casos más favorables, se han adaptado salas independientes de estancia en donde la madre y su pareja puedan llevar su proceso de duelo, lo que es acorde con la GPC-IMSS-567-12 que refiere que de ser posible, se debe colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de pérdida fetal o muerte fetal; asimismo, ofrecer asesoría psicológica a la paciente y pareja, otros miembros de la familia (niños y abuelos)⁷⁰.

96. Por ello, aunque el referido hecho violatorio no está directamente relacionado a los hechos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, si es imputable al IMSS al no impedir que situaciones como la descrita sigan ocurriendo y al no realizar las acciones necesarias para erradicar la violencia obstétrica en sus Unidades Médicas. Al respecto, la Opinión Médica de esta CNDH hizo énfasis en la necesidad de la adopción de un protocolo de atención hospitalaria que favorezca un trato digno y respetuoso de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes que acceden a una Unidad Médica de ese Instituto para disfrutar de sus derechos reproductivos⁷¹.

⁷⁰ Se debe ofrecer asesoría psicológica a la paciente y pareja, otros miembros de la familia (niños y abuelos). De ser posible, se debe colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de pérdida fetal o muerte fetal. De ser posible, las unidades deben tener una habitación separada para las pacientes con duelo.

97. Por las consideraciones expuestas, esta CNDH acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, contravinieron los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la LGAMVLV, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, al realizar actos de violencia obstétrica en perjuicio de QV mediante la omisión de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, ya que debió atenderse el bienestar físico de QV partiendo del respeto a sus derechos humanos, lo que, al no haber sucedido, vulneró su derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

D. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV

98. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”.⁷²

99. En ese sentido, la CrIDH en el Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁷³

100. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que: “El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección

⁷² CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017

⁷³ CrIDH, Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).⁷⁴

101. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con su historial médico, diagnóstico, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida, asimismo, que este 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.⁷⁵

102. Asimismo, de acuerdo con la CrIDH, la obligación general de protección a la salud abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá

⁷⁴ Introducción, párrafo segundo.

⁷⁵ CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", Óp. Cit. Párr. 34.

de las condiciones prevalcientes en cada Estado,⁷⁶ en ese sentido, la Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene que “[l]a accesibilidad de la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

D. 1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE QV

103. Como parte de la atención prenatal y de segundo nivel, QV acudió desde el 17 de octubre de 2018, hasta el 14 de abril de 2019, fecha en la cual se le realizó un procedimiento que puso fin al embarazo, sin embargo, en el periodo referido se evidenció la falta de cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012, por el personal de la UMF No. 45 y del HGZ No. 6.

104. De la atención prenatal que recibió QV en la UMF No. 45 existen evidencias en las que se observa la inadecuada atención que se le proporcionó por parte del personal médico AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, durante su control prenatal, ya que QV acudió en 6 ocasiones los días 17 de octubre de 2018, 8 y 9 de noviembre de 2018, 5, 9 y 13 de abril de 2019 omitieron realizar algún señalamiento en las notas médicas sobre la obesidad como factor de riesgo en la paciente para la aparición de complicaciones materno fetales, ni fue referida al servicio de nutrición para su adecuada atención y seguimiento.

105. Sin embargo PSP3, directora del HGZ No.6, manifestó por escrito a este Organismo Nacional, no contaba con información sobre la atención que recibió QV, durante la intervención médica en esa Unidad Médica, y que solo “las documentales con las que contaban eran únicamente: copia del partograma de la agraviada, cuatro

⁷⁶ CrIDH. Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022. Serie C No. 469., párr. 234.

hojas de enfermería y certificado de defunción”; aunado a ello, como responsable y encargado del nosocomio, omitió dar vista al entonces Órgano Interno de Control por las omisiones del personal médico y administrativo que intervino en la atención de la paciente, lo que evidencia de manera clara, la normalización de la conducta ante el comportamiento del personal médico, incumpliendo con lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012⁷⁷.

106. Por las anteriores consideraciones, esta CNDH pudo acreditar que el IMSS es responsable institucionalmente del mal manejo del expediente clínico de QV, sobre la atención médica que recibió en el HGZ No.6 recibida en las fechas 16 de octubre y 08 de noviembre, y 14 y 15 de abril de 2019, no pudiendo conocer QV ni esta Comisión Nacional, sobre la atención brindada, ni valorar su idoneidad y calidad.

107. Si bien dichas omisiones no son causa inherente de las complicaciones que presentó QV y que influyeron en la pérdida de su producto de la gestación, resulta importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes pues la incorrecta integración del mismo constituye una violación al derecho a la información en materia de salud, toda vez que impide conocer de manera precisa la atención, tratamiento, seguimiento médico de pacientes, la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades, por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

F. RESPONSABILIDAD DE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

⁷⁷ 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

108. La responsabilidad de, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 deriva de la falta de diligencia en el desempeño de sus cargos, como ha quedado acreditado en esta Recomendación, lo que afectó directamente a QV en su derecho de protección de la salud e integridad, a través de actos y omisiones que impidieron que QV accediera a servicios de salud para su atención, en un ambiente libre de violencia obstétrica.

109. AR1 a AR5 con sus omisiones inobservaron sus deberes de atender y evitar, que QV padeciera de una atención y manejo inadecuados al no advertir, como era previsible, de los múltiples factores de riesgo que QV padeció durante todo su embarazo, lo que tuvo por consecuencia un incremento de la morbilidad de QV y la pérdida de su producto de la gestación.

110. Por ello, AR1 a AR5 son responsables por contravenir los artículos 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 LGS; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la LGS, incumpliendo además, con 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.

111. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2020, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta CNDH realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras públicas involucradas en los

hechos violatorios a derechos humanos a QV se sancionen conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir. En el presente caso, 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 QV para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

G. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

112. 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.

113. 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.

114. 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.

115. 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.

116. 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.

117. En el caso de QV, se pudo documentar la falta de empatía por parte del personal médico del HGZ No.6, ante el proceso de duelo por la pérdida de su producto de la gestación, siendo ubicada de manera indistinta en un espacio junto a mujeres y personas gestantes que interactuaban con sus hijas e hijos recién nacidos; al respecto, pese a que PSP4 refirió que no era posible tener habitaciones separadas o aisladas, por lo que de acuerdo a la disponibilidad de camas los pacientes se les otorgara cama desocupada en el momento de que se genere su ingreso, es un deber de ese Instituto propiciar la modificación de sus Unidades Médicas, respecto de recursos materiales.

118. Por ello, el IMSS es responsable de incumplir con sus obligaciones generales al no propiciar entornos clínicos libres de violencia, en el caso particular, mediante la falta de adecuación en habitaciones separadas o espacios aislados para mujeres

y personas con capacidad de gestar que afronten procesos de duelo, así como por la falta las acciones necesarias para capacitar y fomentar en el personal médico y directivo, un trato empático hacia las personas que padecen dichas situaciones.

119. Asimismo, derivado de falta de notas médicas sobre la atención de las fechas 16 de octubre, 08 de noviembre, y 14 y 15 de abril de 2019, que QV recibió atención en el HGZ No.6, no podrá conocer con veracidad los antecedentes que pudieron repercutir en pérdida de su producto de la gestación. Estas deficiencias en la integración y manejo de los expedientes clínicos de los derechohabientes, tiene un impacto significativo en el derecho de acceso a la información en materia de salud. Al respecto, está CNDH ha identificado prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico⁷⁸, mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud⁷⁹.

120. Concluyendo esta Comisión Nacional que, además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no garantizar el acceso a servicios de salud materna de las mujeres y personas gestantes en entornos clínicos libres de violencia y al no vigilar, y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de la NOM-004-SSA3-2012 y la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

⁷⁸ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, Óp. Cit., párr. 40.

⁷⁹ Ibidem, párr. 42.

121. 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 vía 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 Comisión Nacional; y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños o perjuicios que se hubieran ocasionado.

122. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, II y IV, 7 fracciones I, II, III, VI, VII, XIX y XXIII ; 26, 27 fracciones II, III, IV, V y VI; 62 fracción I, 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VIII (IX en el caso de circulares); 75 fracción IV; 88 fracciones II, XXIII y XXVII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I y párrafo segundo; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia y al acceso a la información en materia de salud de QV, este Organismo Nacional le reconoce a QV 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 a QV 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.

123. Asimismo, de conformidad con 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, juzgar y, en su caso, sancionar a las y los responsables, atendiendo siempre a los principios de máxima protección, pro persona y perspectiva de género.

124. Aunado a lo anterior, en los casos en que los hechos están relacionados con violencia de género institucionalizada, las medidas de reparación integral que al efecto se determinen, se deberán diseñar e implementar bajo una perspectiva de género, que permitan no solo reparar las afectaciones a la dignidad de QV, sino generar cambios en su realidad cotidiana, así como las mujeres que pudieran sufrir hechos similares a los documentados, por tal motivo, dichas medidas deben tener una vocación transformadora pues sería injusto restituir a QV a la misma situación donde rigen relaciones sociales y políticas que han perpetuado discriminación estructural y violencia en contra de la mujer.⁸⁰

125. En el presente caso, esta CNDH considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

I) Medidas de rehabilitación

⁸⁰ CrIDH, Caso González y Otras (Campo Algodonero) Vs. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C, No. 205, párr. 450.

126. 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*”.

127. Por ello el IMSS deberá proporcionar a QV la atención psicológica y tanatológica que requiera. La atención señalada 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.

128. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QV con información previa, clara, suficiente, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

I/) Medidas de compensación

129. 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.

130. Por ello el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas QV, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del Formato Único 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, lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio primero.

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

132. De igual forma, y en el mismo tenor, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral

daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

III) Medidas de satisfacción

133. 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.

134. 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 QV, 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

135. 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.

136. 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 de las mujeres y personas con capacidad de gestar, perspectiva de género e interseccional en la garantía del acceso a los servicios de salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar, con énfasis en el trato humanizado a las mujeres y personas con capacidad de gestar; también en la aplicación de las Guías GPC-IMSS-078-08, IMSS-GPC-SS-026-20, GPC-IMSS-028-08, GPC-DIABETES EN EL EMBARAZO, GPC-IMSS- 567-12; la NOM-007-SSA2-2016 y NOM-004-SSA3-2012; los cuales deberán ser impartidos en la UMF No. 45 y el HGZ No.6, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en caso de seguir laboralmente activas en las instituciones de seguridad social mencionadas, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

137. 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 y/o videos; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

138. El IMSS deberá diseñar e implementar una guía y/o protocolo de atención hospitalaria para mujeres y personas gestantes, que accedan a servicios de salud materna y reproductiva en la el HGZ No.6, que sea acorde con la GPC-IMSS- 567-12, y que contemple el ingreso de mujeres y personas gestantes que afronten una pérdida a espacios independientes y separados en los que, de forma respetuosa, se les permita afrontar su duelo; también, la implementación de un código que permita distinguir los expedientes, las camas y/o salas de estancia de las mujeres y personas gestantes que afronten una pérdida, para que el personal de esa Unidad Médica les brinde un trato digno, sensible y respetuoso; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

139. El IMSS deberá garantizar que la persona titular de la Dirección del HGZ No.6, en un plazo de un mes, emitirá una circular en la que se instruya al personal médico adscrito a sus servicios de Ginecología y Obstetricia del HGZ No.6, a que brinden su servicio médico en apego a las Guías GPC-IMSS-078-08, IMSS-GPC-SS-026-20, GPC-IMSS-028-08, GPC-DIABETES EN EL EMBARAZO, GPC-IMSS-567-12, las NOM-007-SSA2-2016 y NOM-004-SSA3-2012; con perspectiva de género e interseccionalmente; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

140. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten

valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

141. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES:

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

SEGUNDA. Proporcionará a QV la atención psicológica y tanatológica que requiera. La atención señalada 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, en caso de requerirlos, hasta obtener el máximo beneficio posible; atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QV con información previa, clara, suficiente, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su deseo acudir en este momento, se

le deberá de dejar cita abierta a fin de que reciba dicha atención cuando así lo determine o desee retomarla; hecho lo cual, remita a esta CNDH la evidencia de su cumplimiento.

TERCERA. Diseñará e impartirá, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso obligatorio de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, perspectiva de género e interseccional en la garantía del acceso a los servicios de salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar, con énfasis en el trato humanizado a las mujeres y personas con capacidad de gestar; también en la aplicación de las Guías GPC-IMSS-078-08, IMSS-GPC-SS-026-20, GPC-IMSS-028-08, GPC-DIABETES EN EL EMBARAZO, GPC-IMSS- 567-12; la NOM-007-SSA2-2016 y NOM-004-SSA3-2012; los cuales deberán ser impartidos en la UMF No. 45 y el HGZ No.6, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de seguir laboralmente activas, a fin de que se promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos; 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 y/o videos; hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

CUARTA. Diseñará e implementará una guía y/o protocolo de atención hospitalaria para mujeres y personas gestantes, que accedan a servicios de salud materna y reproductiva en el HGZ No.6, que sea acorde con la GPC-IMSS- 567-12, en el que se contemple: un código o medida que permita que todo el personal médico o administrativo con el que tenga contacto la paciente sean conocedores de la situación que está pasando (duelo gestacional o perinatal), el uso de lenguaje claro,

libre de tecnicismos, empático y respetuoso, además de ser cuidadosos de la comunicación no verbal. Asimismo, destinar un espacio el cual se pueda identificar con algún símbolo para identificar que ahí se encuentra una o varias mujeres o personas gestantes que tuvieron una pérdida gestacional o perinatal. Todo lo anterior, tiene la finalidad de que el personal de salud brinde un trato digno, empático y respetuoso desde que se comunica la noticia hasta el egreso de la paciente. Hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

QUINTA. Garantizará que la persona titular de la Dirección del HGZ No.6, en un plazo de un mes, emitirá una circular en la que se instruya al personal médico adscrito a sus servicios de Ginecología y Obstetricia del HGZ No.6, a que brinden su servicio médico en apego a las Guías GPC-IMSS-078-08, IMSS-GPC-SS-026-20, GPC-IMSS-028-08, GPC-DIABETES EN EL EMBARAZO, GPC-IMSS- 567-12, las NOM-007-SSA2-2016 y NOM-004-SSA3-2012; con perspectiva de género e interseccionalmente; hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

142. 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.

143. 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.

144. 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 este Organismo Autónomo, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP