

RECOMENDACIÓN NO. 246 /2024.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DE TIPO OBSTÉTRICA DE QV1; AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DE V2, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV1 Y VI1, ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1, VI1, VI2 Y VI3, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 200 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TECÁMAC, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de octubre 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; 4, 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/4/2023/3095/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1 y V2 en el Instituto de Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá

su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

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

Denominación	Claves
Persona Quejosa y Víctima Directa	QV
Persona Víctima Directa	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semanas de gestación	SDG
Frecuencia cardiaca fetal	FCF

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

Nombre	Abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas	GPC-RPM
Guía de Práctica Clínica IMSS-048-08 Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea	GPC-IMSS-048-08
Guía de Práctica Clínica IMSS-371-10. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica	GPC-IMSS-371-10
Guía de Práctica Clínica IMSS-632-13 Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal	GPC-IMSS-632-13
Hospital General Regional 200 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tecámac, Estado de México	HGR 200
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
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
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 08 de febrero de 2023 fue recibida en esta CNDH, la queja de QV1 por presuntos actos violatorios a sus derechos humanos, atribuibles a personal del HGR 200, describiendo que el día 29 de diciembre de 2022 se realizó su último

ultrasonido obstétrico¹ a las 38.4 SDG, reportando producto de la gestación vivo y activo; que el 03 de enero de 2023 se dirigió al HGR 200 al presentar contracciones y ruptura de membranas². Una vez en esa Unidad Médica, fue ingresada y comenzó con el trabajo de parto³, presentando contracciones más fuertes y frecuentes.

6. Señaló que después de 9 horas de labor de parto, durante las cuales presentó presión arterial alta⁴ y pérdida de todo el líquido amniótico⁵, y fue revisada de manera esporádica por el personal médico, fue pasada a sala de expulsión en donde nació V2 por parto natural, escuchando que el personal médico dijo que V2 venía con “circular⁶ muy apretada en varias ocasiones”. QV1 refirió que le fue colocado a V2 al pecho y advirtió que presentó espasmo o convulsión, con tonalidad morada y nunca lo escuchó llorar.

7. V2 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde fue intubado⁷, “traía muchos aparatos” y estaba sedado, debido a las convulsiones, con condición grave pero estable. Le fue informado que V2 estaría así por 72 horas y que tenía muy inflamado el cerebelo. Señaló que el 06 de enero del mismo año observó a V2 hinchado y que el 07 de enero V2 padeció de un paro cardíaco, por lo que tuvieron que reanimarlo y que, finalmente, el 08 de enero de 2023 le fue informado a V1 que V2 había fallecido.

¹ Provee imágenes de un embrión o feto dentro del útero de una mujer, como así también del útero y los ovarios de la madre.

² A menudo, las membranas se rompen durante el trabajo de parto. Esto con frecuencia se llama “romper fuente”.

³ Es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.

⁴ Una presión arterial sistólica saludable está por debajo de 120 mm Hg. Una presión diastólica saludable está por debajo de 80 mm Hg. Su presión arterial es alta cuando tiene lecturas sistólicas constantes por encima de 130 mm Hg, o lecturas diastólicas por encima de 80 mm Hg.

⁵ Líquido claro o amarillento que rodea y protege al feto a medida que crece durante el embarazo.

⁶ Un circular de cordón es una complicación que ocurre cuando el cordón umbilical se envuelve alrededor del cuello del bebé. Esto es común y puede ocurrir en cualquier momento.

⁷ Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz. En la mayoría de las situaciones de emergencia, se coloca a través de la boca.

8. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2023/3095/Q**, para la investigación y documentación de las posibles violaciones a los derechos humanos. De igual manera, se solicitó diversa información al IMSS, se realizaron diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de QV1 y V2 con motivo de la atención médica que le fue brindada, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica, es objeto de análisis en el apartado de “Observaciones y Análisis de las Evidencias” de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por QV1 ante esta Comisión Nacional, el 08 de febrero de 2023, por presuntas violaciones a sus derechos humanos y los de V2, atribuibles a personal médico del IMSS.

10. Correo electrónico de 30 de marzo de 2023, por medio del cual un abogado investigador del IMSS da respuesta a la solicitud de información, realizada por personal de esta CNDH, mediante el cual adjuntó el expediente clínico integrado por la atención médica otorgada a QV1 y V2, del cual se destaca la siguiente:

10.1 Certificado de defunción de V2, que señala como fecha de defunción el 09 de enero de 2023;

10.2 Nota de egreso por defunción de 09 de enero de 2023 a las 03:22 horas, suscrita por AR3, personal médico adscrito al servicio de Neonatología del HGR 200;

10.3 Nota médica de 08 de enero de 2023 a las 13:29 horas, emitida por PSP6, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.4 Nota médica de 07 de enero de 2023 a las 18:38 horas, elaborada por PSP6;

10.5 Nota médica de 08 de enero de 2023 a las 07:41 horas, firmada por PSP5, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.6 Nota médica de 06 de enero de 2023 a las 22:44 horas, emitida por PSP4, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.7 Nota médica de 07 de enero de 2023 a las 07:46 horas, firmada por PSP6;

10.8 Nota médica de 06 de enero de 2023 a las 13:16 horas, elaborada por AR5, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.9 Nota de evolución de 05 de enero de 2023 sin referir hora, firmada por AR5;

10.10 Nota de evolución de 04 de enero de 2023 sin hora, elaborada por AR5;

10.11 Nota médica de 04 de enero de 2023 a las 16:54 horas, firmada por PSP2, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.12 Nota médica y prescripción de 04 de enero de 2023 a las 07:35 horas, elaborada por AR3;

10.13 Nota de envió a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200 de 04 de enero de 2023 a las 06:30 horas, elaborada por PSP1, personal médico adscrito al servicio de Pediatría del HGR 200;

10.14 Nota de atención al recién nacido de 04 de enero de 2023, elaborada por PSP1;

10.15 Hoja de resultados de estudios de laboratorio de 04 de enero de 2023 a las 10:53 horas, firmada por personal médico del servicio de Laboratorio Clínico;

10.16 Nota médica de 05 de enero de 2023 a las 16:17 horas, emitida por PSP3, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGR 200;

10.17 Nota de egreso de 05 de enero de 2023 a las 11:22 horas, firmada por personal médico del servicio de Ginecoobstetricia del HGR 200;

10.18 Nota médica inicial de 04 de enero de 2023 a las 16:35 horas, suscrita por AR4, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200;

10.19 Triage obstétrico de 03 de enero de 2022 a las 20:15 horas, elaborado por personal del servicio de Enfermería del HGR 200;

10.20 Nota médica y prescripción de 03 de enero de 2022 a las 20:15 horas, suscrita por AR1, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia de esa Unidad Médica;

10.21 Nota postparto de 04 de enero de 2023 a las 06:10 horas, elaborada por AR2, personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGR 200;

10.22 Nota de recuperación de 04 de enero de 2023 a las 12:00 horas, firmada por personal del servicio de Ginecología del HGR 200;

10.23 Nota de vigilancia y atención del parto de 03 de enero de 2023 a las 21:00 horas, elaborada por AR1;

- 10.24** Partograma de 03 de enero de 2023, firmada por AR2;
- 10.25** Hoja de resultados de estudios de laboratorio de 03 de enero de 2023 a las 21:55 horas, suscrita por personal del servicio de Laboratorio Clínico;
- 10.26** Nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de 10 de noviembre de 2022, elaborada por personal del servicio de Ginecología y Obstétrica del HGR 200;
- 10.27** Nota médica y prescripción de 04 de agosto de 2022 a las 12:11 horas, suscrita por personal médico del servicio de Gineco Obstetricia del HGR 200;
- 10.28** Informe de ingreso y atención del día 04 de enero de 2023, elaborado por AR3.
- 11.** Opinión Especializada en Materia Médica de 14 de diciembre de 2023, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH, en la que se concluyó que en la atención del trabajo de parto de V2 se observaron omisiones que trascendiendo a la pérdida del bienestar fetal, así como que en la atención médica brindada a V2 existieron omisiones atribuibles al personal médico administrativo del HGR 200.
- 12.** Opinión Especializada en Materia Médica de 14 de diciembre de 2023, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta CNDH, en la que se concluyó que la atención brindada por el personal médico del HGR 200 a QV1, fue inadecuada, trascendiendo a la pérdida del bienestar fetal de V2.
- 13.** Acta circunstanciada de 27 de agosto de 2024, que hace constar la comunicación sostenida por personal de esta Comisión Nacional con QV1, en la que precisó sobre afectaciones a su proyecto de vida con motivo de los hechos.

14. Acta circunstanciada de 02 y 28 de octubre de 2024, que hacen constar las comunicaciones sostenidas por personal de esta Comisión Nacional con QV1.

15. Correo electrónico de 2 de octubre de 2024, por medio del cual QV1 remitió a esta CNDH el Acuerdo de 20 de abril de 2023, por el que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, determinó que la Queja Médica sobre los hechos de QV1 era improcedente desde el punto de vista médico.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el caso de QV1 se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, la cual el 20 de abril de 2023, acordó que la queja de QV1 era improcedente desde el punto de vista médico; adicionalmente, no cuenta con evidencia de que se hubiese iniciado denuncia penal, demanda por responsabilidad patrimonial del Estado, Juicio de Amparo o conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control Específico del IMSS, con motivo de los hechos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS

17. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2023/3095/Q**, en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Nacional, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, con perspectiva de género y de infancia, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de tipo obstétrica de QV1; al interés superior de la niñez y a

la protección de la vida de V2, al acceso a la información en materia de salud de QV1 y VI1, así como al proyecto de vida de QV1, VI1 y VI3 atribuibles a personas servidoras públicas adscritas a al HGR 200, conforme a lo siguiente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

18. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la SCJN señala que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que, por otro lado, este derecho tiene una faceta social o pública, que consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud⁸.

19. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, “[...] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*”⁹. Por lo que, “[t]odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”¹⁰.

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

⁹ Tesis Constitucional. “*Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute*”; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.

¹⁰ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.

A.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA

20. La OMS, como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, refiere que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de la salud de calidad suficiente, con la finalidad de que las personas puedan ejercer este derecho sin distinción y en condiciones de igualdad¹¹.

21. Por lo anterior, el Estado requiere implementar medidas y acciones que permitan evaluar las necesidades, consecuencias y condiciones de desigualdad a las que se enfrentan las mujeres, como lo es la maternidad, discriminación y violencia en el ejercicio de su sexualidad con relación a los hombres cuando ejercen su derecho al acceso a la salud. “En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad”¹².

22. La CEDAW en su artículo 12, indica la obligación de los Estados Parte para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de garantizar el acceso a los servicios de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. La Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de la CrIDH, define la salud materna como “la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios”¹³.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

¹² CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

¹³ Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>.

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

A.1.1 VULNERACIÓN DEL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD MATERNA DE QV1

➤ Antecedentes clínicos de QV1

24. La Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH se advirtió que QV1 fue valorada por el servicio de Ginecología y Obstetricia del HGR 200, al detectar en su control prenatal¹⁴ factores de riesgo obstétrico, tales como la edad materna, probable diabetes gestacional¹⁵ y antecedente de cesárea¹⁶ previa.

25. El 04 de agosto de 2022, se realizó valoración en la consulta externa por personal médico especialista Ginecología y Obstetricia del HGR 200, quien mencionó que QV1 cursaba con embarazo de 18.2 SDG por ultrasonografía,

¹⁴ NOM-007-SSA2-2016

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

¹⁵ Es la presencia de azúcar alta (glucosa) en la sangre que empieza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo.

¹⁶ Es el parto de un bebé en el que se hace una abertura en la zona baja del vientre de la madre.

clínicamente sin datos de problema obstétrico y con resultados de estudios de laboratorio que no mostraron alteración, sin impedimento para continuar con control prenatal en su Unidad Médica Familiar, con reenvió en caso de alteración durante consultas.

A.1.2 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A QV1 EN EL HGR 200

26. El 03 de enero de 2023 a las 20:15 horas, QV1 acudió al servicio de Urgencias del HGR 200 al presentar contracciones leves y “rompimiento de la fuente”, siendo atendida por personal del servicio de Enfermería quien le realizó Triage¹⁷, reportándola con signos vitales con tendencia a la hipertensión de 130/90 mmHg. Aunado a lo anterior, otro dato a destacar fue la referencia de motilidad¹⁸ fetal disminuida, motivo por el cual fue calificada nivel de gravedad fue amarillo¹⁹, lo que indicó una urgencia calificada, requiriendo atención médica con tiempo de espera no mayor a 30 minutos.

27. A las 20:25 horas del mismo día, QV1 fue atendida por AR1 quien la reportó con 40.1 SDG, con FCF²⁰ de 150 latidos por minuto, con dilatación de 06 cm y 80% de borramiento²¹, con maniobras Tarnier y Valsalva positivas²², líquido amniótico claro, por lo que integró el diagnóstico de embarazo de 40.1 SDG, trabajo de parto fase

¹⁷ El Triage acorta el tiempo de atención y se clasifica en cinco colores: rojo; naranja, amarillo, verde y azul.

¹⁸ Capacidad para realizar movimientos complejos y coordinados.

¹⁹ rojo, para atender una situación muy grave donde está en peligro la vida del paciente; naranja: la persona requiere valoración médica rápida; el tiempo de atención es de 10 minutos.

Otros colores son: amarillo, es decir, es una situación que requiere atención médica en un tiempo no mayor a 30 minutos; verde: urgencia menor, cuyos pacientes pueden ser atendidos en la Unidad de Medicina Familiar en un tiempo máximo de 120 minutos; y azul, situación no urgente donde el servicio al derechohabiente se otorga en un tiempo que no rebase los 180 minutos.

²⁰ La frecuencia cardíaca fetal promedio se encuentra entre 110 y 160 latidos por minuto, y puede variar entre cinco y 25 latidos por minuto.

²¹ 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. El borramiento del cuello del útero debe ser del 100 % y la dilatación debe ser de 10 cm antes del parto vaginal.

²² Maniobra Valsalva: aumento de la presión intraabdominal (pujo o tos). Maniobra Tarnier: realizar un tacto vaginal, desplazar la presentación hacía arriba y al mismo tiempo con la otra mano realizar presión en el fondo uterino, evidencia salida de líquido amniótico transcervical.

activa²³ y ruptura precoz de membranas e indicó su ingreso al área de Tococirugía, vigilancia obstétrica, estudios de laboratorio y registro cardiotocográfico.

28. De acuerdo con la Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, QV1 cursó con ruptura prematura de membranas que fue diagnosticada por AR1 con las maniobras Valsalva y Tarnier, pero omitió prescribir profilaxis²⁴ antibiótica intraparto sugerida por la GPC-RPM²⁵, cuya finalidad consiste en mejorar el pronóstico neonatal, reduciendo el riesgo de complicaciones; también, advirtió que, con base en el estudio ultrasonográfico de 29 de diciembre de 2022 a las 38.4 SDG, se calculó un peso fetal estimado de 3789 gramos, que es grande para la edad gestacional, por lo que AR1 omitió realizar medición de la altura uterina y de la presentación fetal para descartar o corroborar el diagnóstico de macrosomía fetal²⁶ y con ello, decidir la mejor vía para la resolución del embarazo, incumpliendo con ello la NOM-007-SSA2-2016²⁷.

²³ La fase activa está marcada por la dilatación del cuello del útero de 4 a 6 centímetros. Las contracciones se vuelven más largas e intensas, y más frecuentes (generalmente cada 3 a 4 minutos).

²⁴ La profilaxis, especialmente en el ámbito médico, es el conjunto de acciones preventivas cuyo fin es prolongar la buena salud y retrasar la enfermedad.

²⁵ Todas las pacientes con RPM y feto viable deben recibir profilaxis antibiótica intraparto... El beneficio de la antibioticoterapia profiláctica para estreptococo del grupo β es bien conocido. La profilaxis intraparto debe de ser iniciada en toda paciente con cultivos para estreptococo del grupo β positivos durante el embarazo y/o ante cultivos desconocidos. La antibioticoterapia profiláctica mejora el pronóstico neonatal, reduciendo el riesgo de síndrome de distress respiratorio, sepsis temprana, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante. La terapia antibiótica combinada ha sido recomendada en el manejo conservador de la RPM y su meta es prevenir o tratar la infección ascendente intrauterina, prolongando así el embarazo y disminuyendo la infección materna y neonatal.

²⁶ Se utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio. Un bebé al que se le diagnostica macrosomía fetal pesa más de 8 libras con 4000 gramos, independientemente de su edad gestacional.

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

29. En el caso, la referida Opinión Médica añadió que, aunque la macrosomía fetal no está señalada en la GPC-IMSS-048-08 como indicación absoluta para la resolución de un embarazo vía abdominal, es importante considerar que un feto macrosómico representa un mayor riesgo de trauma obstétrico y complicaciones como trabajo de parto prolongado, distocia de hombros y asfixia perinatal; en el caso, además, no fue referido que QV1 contaba con cesárea previa por trabajo de parto prolongado, edad materna elevada, evento de hipertensión arterial y ruptura prematura de membranas, factores que aumentaban la posibilidad de presentar distocia y requerir cesárea de urgencia.

30. El 03 de enero de 2023 a las 21:00 horas, AR1 asentó en la respectiva hoja de vigilancia y atención del parto, los diagnósticos antes referidos, con excepción de “feto grande para la edad gestacional²⁸. En el partograma de la misma fecha, elaborado por AR2, reiteró el incumplimiento de la NOM-007-SSA2-2016²⁹ e indicó la realización de prueba de trabajo de parto.

31. De acuerdo con los datos asentados en el referido partograma por AR2, la FCF se mantuvo entre los 129 y los 152 latidos por minuto, siendo cifras normales; por lo que, durante la fase activa del primer periodo del trabajo de parto, el cual tuvo una duración aproximada de 09 horas, aparentemente no se registraron eventos de

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

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

bradicardia³⁰ ni de taquicardia³¹ que fueran orientativos de sufrimiento fetal agudo³². También se observó que AR2 cumplió con el registro de la dilatación cervical a través de tacto vaginal cada dos horas, percatándose que la velocidad de dilatación fue de 0.5 cm/h, siendo indicativo de una lenta progresión del trabajo de parto; es decir, lo que la bibliografía médica denomina como trastorno por prolongación de la dilatación en la fase activa³³.

32. AR2 tampoco informó sobre el borramiento que acompaña a la dilatación en la valoración de los cambios cervicales, registrando solo dos resultados, uno a las 21:30 horas del 03 de enero de 2023 (ingreso a Unidad Tocoquirúrgica) de 70% y el segundo a las 01:30 horas del 04 de enero de 2023, cuando refirió 80%, motivo por el cual se desconoce el momento exacto del inicio del segundo periodo del trabajo de parto o expulsivo. Por último, se advirtió que en la revisión de las 03:30 horas, se registró una dilatación de 10 cm o completa y que fue hasta las 05:30 horas (dos horas después) cuando QV1 pasó a sala de expulsión, por lo que, de acuerdo con la bibliografía médica especializada, existen datos para establecer un descenso prolongado; por todo lo anterior, de acuerdo con la Opinión Especializada en Materia de Medicina, se estableció que QV1 cursó una evolución de la fase activa del trabajo de parto prolongada.

33. Con respecto a la actividad uterina de QV1, AR2 solo reportó una frecuencia de dos contracciones en 10 minutos a las 21:30 horas, momento de su ingreso a la Unidad de Tococirugía, por lo que, desde el punto de vista médico legal, AR2

³⁰ La bradicardia es la frecuencia cardíaca baja.

³¹ Se habla de taquicardia fetal cuando la frecuencia cardíaca supera los 160 lmp durante más de 10 minutos.

³² Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal

³³ Véase Cunningham; Leveno; Blomm; y Cools. Williams Obstetricia. 24 edición. Capítulo 23, Trabajo de parto anormal, pp. 455-456; y Evans, Manual de Obstetricia, 8° edición, Capítulo 10, parto anormal, pp. 163-167.

incumplió con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016³⁴ y con la GPC-IMSS-048-08³⁵; omisiones que imposibilitaron la sospecha diagnóstica de distocia de contracción³⁶ que, junto al diagnóstico inadvertido de feto grande para la edad gestacional, fueron causas de un trabajo de parto prolongado.

34. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH recalcó que, las complicaciones inadvertidas, aunadas a los demás factores de riesgo que presentaba QV1, como edad materna, cesárea previa por trabajo de parto prolongado e hipertensión arterial, eran indicativos para la resolución del embarazo a través de cesárea, según indicaciones relativas contempladas en la Guía³⁷ referida. Dichas irregularidades en la actuación de AR1 y AR2, junto con las complicaciones que ocurrieron en el periodo expulsivo (segundo periodo del trabajo de parto), como más adelante será abordado, contribuyeron en el deterioro del estado de salud de QV1, provocando un parto complicado con afección a V2.

35. La Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH reiteró que, por falta de información, producto de irregularidades detectadas en el registro del partograma, no se contó con los elementos técnicos para poder detectar con exactitud el inicio del segundo periodo del trabajo de parto (expulsivo), por lo que se desconoce la duración de dicho periodo, que culminó con el nacimiento de V2 a las 05:52 horas del 04 de enero de 2023.

³⁴ 5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

³⁵ Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible

³⁶ Trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto.

³⁷ Indicaciones relativas de operación cesárea: ...

Enfermedad hipertensiva del embarazo • Ruptura prematura de membranas • Distocia dinámica • Cirugía vaginal previa

36. Según lo manifestado por AR2 en su nota post-parto, QV1 pasó a sala de expulsión a las 05:30 horas del referido día, siendo que la dilatación de 10 cm se había registrado desde las 03:30 horas, es decir, que se pasó a sala de expulsión a QV1 dos horas después de una aparente dilatación completa.

37. La referida Opinión Especializada señaló que, la segunda fase del trabajo de parto se puede prolongar de manera anormal con un feto grande o por esfuerzos para la expulsión inadecuados; en ese sentido, AR2 señaló que solo existió complicación al liberar circular de cordón a cuello. Al respecto, la bibliografía médica especializada menciona que, posterior al nacimiento de la cabeza fetal y antes del nacimiento de hombros, es necesario *“pasar un dedo por el cuello del feto para detectar la presencia de una o más circulares de cordón umbilical con la finalidad de liberarla, siempre y cuando estas se encuentren lo suficientemente laxas y en caso de que se encuentre demasiado ajustado, el cordón deberá ser cortado entre dos pinzas”*³⁸, por ello, AR2 incumplió con la NOM-007-SSA2-2016³⁹ que indica un sentido similar de lo expuesto, teniendo como consecuencia que QV1 tuviera un periodo expulsivo complicado e influenciado por la omisión de cesárea de urgencia, con datos de sufrimiento fetal agudo y asfixia perinatal, contribuyendo con ello en el deterioro de salud y posterior fallecimiento de V2.

38. A las 12:00 horas del mismo día, personal especialista en Ginecología y Obstetricia del HGR 200, de quien no se tienen sus datos por ser ilegibles en la respectiva nota médica, reportó a QV1 con leve dolor en el periné, sangrado transvaginal no fétido, peristalsis normoactiva⁴⁰ y útero bien contraído, por lo que,

³⁸ Véase, Cunningham; Ilevano; Blomm; y Cols, Williams Obstetricia, Op. Cit.

³⁹ 5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

⁴⁰ Es una serie de contracciones musculares en forma ondulatoria que, cual banda transportadora, trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

al no encontrar alteración clínica, ordenó su pase a hospitalización a cargo del servicio de Ginecología y Obstetricia para continuar con vigilancia del puerperio.

39. A las 16:35 horas del mismo día, QV1 fue atendida por PSP3, quien la reportó con útero en involución, loquios hemáticos escasos no fétidos⁴¹, con resultados de laboratorio que reportaron datos bajos de hemoglobina de 11.58 g/dL⁴², lo que indicó anemia leve⁴³, sin requerimiento de terapia de hemotransfusión. En sus conclusiones PSP3 señaló “clínica y hemodinámicamente estable, por lo que el 05 de enero de 2023 a las 11:22 horas, QV1 fue dada de alta por mejoría.

40. Por las consideraciones expuestas, esta CNDH estableció que desde el punto de vista médico legal y jurídico, la atención brindada a QV1 por AR1 y AR2 fue inadecuada y en desapego a lo previsto en la Ley General de Salud⁴⁴, el Reglamento LGS⁴⁵ y el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS⁴⁶, al obstaculizar que QV1 pudiera acceder al más alto nivel posible de salud física y mental, lo que también tuvo por consecuencia, el incremento de los riesgos de morbilidad que presentó, siendo ese personal médico responsable de vulnerar el derecho de protección a la salud materna de QV1.

⁴¹ Es el fluido vaginal que se expulsa en los días posteriores al parto. Está compuesto por sangre, desechos de tejidos de las paredes uterinas y leucocitos.

⁴² Normal: 13.0-17.0 g/dL

⁴³ La anemia es una afección que se desarrolla cuando la sangre produce una cantidad inferior a la normal de glóbulos rojos sanos.

⁴⁴ Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

⁴⁵ ARTICULO 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. ...

ARTICULO 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

⁴⁶ Artículo 43. El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

B. DERECHO HUMANO AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

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

42. El artículo segundo de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en su segundo párrafo que “[e]l interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones se atenderá a lo establecido en la CPEUM y en los tratados internacionales de que México forma parte.”

43. La Observación General No. 14, el Comité de los Derechos del Niño sostiene que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y una norma de procedimiento.” Añade en su introducción que “el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...), b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño, c) (...) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño.”

44. La CrIDH ha señalado que, “[a]demás, la condición de niña o niño exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención Americana reconoce a

toda persona⁴⁷; Las medidas especiales de protección que el Estado debe adoptar en los casos que comprenden a niñas, niños y adolescentes parten de su especial vulnerabilidad a violaciones de derechos humanos, lo que está determinado por distintos factores como la edad, las condiciones particulares, su grado de desarrollo y madurez, entre otros.⁴⁸

45. La Convención Sobre los Derechos del Niño establece cuatro principios rectores para la protección de la infancia, siendo estos el interés superior de la infancia, su derecho a la igualdad y no discriminación, su derecho a la participación y el principio de vida, supervivencia y desarrollo⁴⁹; por ello, verificar la construcción de la verdad con el análisis de evidencias sobre hechos que involucran niñas, niños y adolescentes, implica estimar que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial en todas las medidas concernientes con niñas, niños y adolescentes,⁵⁰ respetar los derechos de niñas, niños y adolescentes y asegurar su aplicación, sin discriminación⁵¹; hacer efectivo el derecho de las niñas, niños y

⁴⁷ CrIDH, Caso Angulo Losada Vs. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones, Sentencia de 18 de noviembre de 2022, párr. 97.

⁴⁸ CrIDH. Caso V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párrafo 156.

⁴⁹ CrIDH. Caso V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párrafo 155.

⁵⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos de América, artículo 3. 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. 3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

⁵¹ Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos de América, artículo 2. 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. 2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo

adolescentes a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afectan y a que dichas opiniones se tengan debidamente en cuenta⁵², lo anterior de acuerdo a su grado de desarrollo; y garantizar que las medidas que se emitan garanticen en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo⁵³.

46. En los hechos analizados en esta Recomendación se pudo constatar que los actos y omisiones del personal médico del HGR 200 vulneraron el derecho de protección de la salud de QV1 y tuvieron un impacto específico en el bienestar de su producto de la gestación, lo que derivó en afectaciones en la salud de V2 y su posterior fallecimiento; en ese marco, desde su nacimiento, V2 padeció de los efectos de los hechos violatorios sufridos por QV1, además de afectaciones directas a sus derechos humanos; por ello, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 son responsables, al acreditarse afectaciones al bienestar materno fetal por parte del personal médico del IMSS que generaron el fallecimiento de V2, acreditándose, además, la vulneración del derecho humano del interés superior de la niñez en su agravio, bajo las siguientes consideraciones:

B.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA EN LA NIÑEZ

47. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3°

por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares

⁵² Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos de América, artículo 12. 1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

⁵³ Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos de América, artículo 6. 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 43 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 1 fracción I y II, 6 fracción VI y 14 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

48. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza a saber; el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

49. En el caso de recién nacidos, el derecho a la vida tiene elementos más profundos que solo su respeto; el artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, hace referencia al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño, por lo que se pide a los Estados Partes a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil; así como crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

50. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

B.2 CONSIDERACIONES SOBRE EL FALLECIMIENTO DE V2 Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO A DECIDIR DE QV1

51. El 04 de enero de 2023 a las 06:10 horas, QV1 fue valorada por AR2 quien señaló *“pasa a sala con dilatación y borramiento completos...se coloca en posición de litotomía⁵⁴...se realiza episiotomía⁵⁵... se modula salida de polo cefálico (cabeza) con maniobra de Ritgen modificada⁵⁶...se obtiene hombro anterior...se obtiene hombro posterior, se libera con dificultad circular de cordón a cuello ajustada y brevedad de cordón, y resto de cuerpo, se realiza apego inmediato con pediatra...corte de cordón umbilical... entregando recién nacido vivo a médico pediatra...se obtiene placenta completa...se repara episiotorrafia⁵⁷...Hallazgos: ...recién nacido masculino, peso 4145 g, APGAR 5/7⁵⁸...Silverman de 2⁵⁹, se dan dos ciclos de PPI⁶⁰, se procede a intubar a recién nacido...circular de cordón ajustada a cuello...[método de planificación familiar] deseado...[oclusión tubárica bilateral]”. A las 01:00 horas del mismo día, se indicó a QV1 antihipertensivos para el control de la hipertensión inducida por el embarazo⁶¹ y a las 06:15 horas, en el puerperio inmediato, se agregó antibiótico, así como prescripción de analgésico y ajuste de hipertensivos.*

⁵⁴ Es la posición más empleada para la exploración ginecológica y el parto, para las intervenciones en el ano y periné y para la cirugía transuretral.

⁵⁵ Es un corte (incisión) que se hace en el tejido entre la abertura vaginal y el ano durante el parto.

⁵⁶ Implica el uso de las dos manos (dominante y no dominante): Mano no dominante. Realiza una retracción digital de los tejidos blandos y de la vulva, ayudando a la salida de la cabeza fetal.

⁵⁷ Es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final.

⁵⁸ El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer. Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud.

⁵⁹ La escala de Silverman es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también.

⁶⁰ Presión Positiva Intermitente, El tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias (PAP, por sus siglas en inglés) usa una máquina para bombear aire bajo presión dentro de las vías respiratorias de los pulmones.

⁶¹ Es una condición caracterizada por la presión arterial alta durante el embarazo. La hipertensión gestacional puede conducir a una condición seria llamada preeclampsia, también conocida como toxemia.

52. En nota de atención al recién nacido, elaborada por PSP1, señaló “*fecha 03/01/2023...líquido amniótico meconio...complicaciones durante el trabajo de parto: sí, circular [de cordón] apretada a cuello...tipo de parto: distócico...con oxígeno. Intubación endotraqueal...recién nacido de término de peso elevado para la edad gestacional/APGAR bajo a descartar asfixia perinatal/lesiones asociadas a vía de nacimiento...pasa a ... [Unidad de Cuidados Intensivos neonatales]*”.

53. A las 06:30 horas del mismo día, PSP1 realizó nota de envió a la referida Unidad en la que señaló: “*se solicita ingreso...por gravedad...campos pulmonares con estertores⁶²...no se logró tomas de gasometría de cordón⁶³...IDx (diagnósticos)...Recién nacido de término con peso elevado...asfixia perinatal...Lesiones asociadas a vía de nacimiento...paciente muy grave*”.

54. En el mismo sentido, en nota de egreso por defunción del recién nacido realizada el 09 de enero del mismo año, elaborada por AR3, refirió respecto al nacimiento de V2, “*periodo de expulsión prolongado con difícil extracción, circular de cordón a cuello apretada, se observa tinte meconial, se obtiene producto...sin esfuerzo respiratorio, sin tono muscular, frecuencia cardíaca fetal menor a 100 x min, cianosis⁶⁴ generalizada, se dan dos ciclos de presión positiva sin respuesta, por lo que se intuba, con recuperación de frecuencia cardíaca mayor a 100 x min*”.

55. La Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH señaló que, la asfixia perinatal es una agresión producida al producto de la gestación o recién nacido al momento del parto, por falta de oxígeno que lleva a la hipoxia⁶⁵, hipercapnia⁶⁶ y acidosis, cuyo diagnóstico debía realizarse mediante gasometría en

⁶² Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

⁶³ El análisis de los gases del cordón es una medida objetiva de la condición fetal antes del nacimiento. Se trata, además, de una técnica útil para el diagnóstico de asfixia perinatal, que permite de alguna manera predecir la evolución del neonato.

⁶⁴ La cianosis es la coloración azulada o grisácea de la piel debida a una oxigenación insuficiente de la sangre.

⁶⁵ Disminución del suministro de oxígeno a un tejido.

⁶⁶ Aumento en la concentración de dióxido de carbono en la sangre)

la que se advirtiera “acidosis metabólica con pH menor a 7.00 en sangre del cordón umbilical”, puntaje de “Apgar menor o igual a 3 de los 5 minutos” y “alteraciones neurológicas y/o falla orgánica múltiple”. En el presente caso, existían factores de riesgo para la sospecha diagnóstica de una “asfixia perinatal”, a nivel materno por hipertensión inducida por el embarazo, a nivel útero-placentario por anomalías del cordón umbilical con circular a cuello ajustada, a nivel obstétrico por líquido amniótico meconial, trabajo de parto prolongado y ruptura prematura de membranas, y a nivel fetal por macrosomía; motivo por el cual, desde el punto de vista médico legal, la sospecha diagnóstica “asfixia perinatal” fue adecuada.

56. A las 07:35 horas del mismo día, V2 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a donde arribó en compañía de personal médico y de enfermería del servicio de Pediatría del HGR 200 en cuna radiante e intubado; AR4 reportó a V2 con palidez de tegumentos⁶⁷, hipotérmico⁶⁸, reactivo al dolor, con cianosis distal, con fontanela amplia⁶⁹, suturas⁷⁰ no palpables; refirió que se inició analgesia por caput⁷¹ severo con dolor a la mínima palpación, sin esfuerzo respiratorio, sin datos aparentes de infección aguda aparente, “paciente con probable asfixia perinatal”. AR4 indicó la realización de biometría hemática, enzimas cardíacas (perfil asfíctico), calcio y grupo.

57. Durante el turno matutino de ese día, V2 fue atendido por AR5, quien reportó extubación accidental a las 09:50 horas, decidiendo dejar a V2 solo con administración de oxígeno a través de puntas nasales⁷². Debido a la imposibilidad

⁶⁷ La palidez, en el contexto médico, se refiere a la pérdida o disminución del color normal de la piel o de las membranas mucosas.

⁶⁸ Que produce un descenso en la temperatura del cuerpo.

⁶⁹ Las fontanelas agrandadas son puntos blandos en la cabeza de un tamaño mayor al esperado para la edad de un bebé.

⁷⁰ Son bandas fibrosas de tejido que conectan los huesos del cráneo.

⁷¹ Al nacimiento, es común que la parte superior del cuero cabelludo del bebé presente hinchazón o magulladuras en las áreas que se introdujeron primero en el cuello uterino. Esto es lo que se conoce como caput succedaneum y se palpa como una masa suave y esponjosa.

⁷² Son unas estructuras simples y pequeñas que se colocan en la nariz y van unidas a una tubería mediante la cual pasa el oxígeno.

de tomar muestra de sangre arterial del cordón umbilical para gasometría, AR5 comentó que el diagnóstico de asfixia perinatal no había sido corroborado, aunque clínicamente presentó datos de encefalopatía hipóxico-isquémica, motivo por el que inició manejo anticonvulsivo y neuroprotector.

58. La Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH señaló que el manejo neuroprotector indicado por AR5 con la finalidad de prevenir la lesión neuronal no fue acorde con la GPC-IMSS-632-13⁷³ y la GPC-IMSS-371-10⁷⁴, que destacan a la hipotermia terapéutica como medida neuroprotectora capaz de reducir la mortalidad y discapacidad asociada a dicha patología, la cual debía ser realizada durante las primeras 6 horas de vida; en ese sentido, el informe emitido por AR3 quien realizó el ingreso de V2 a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales manifestó *“se realizan indicaciones médicas a las 07:24 horas [del 04 de enero de 2023], solo manejo con soluciones parenterales y paracetamol como analgesia por presencia de capput, no se cuenta en la unidad con equipo para manejo con hipotermia para asfixia perinatal”*.

59. Por lo anterior, una vez PSP1 hubo efectuado la remisión de V2 a la referida Unidad, AR3 identificó la necesidad de optar por la hipotermia terapéutica para manejo de la asfixia perinatal que V2 cursaba, así como la falta de los recursos materiales para poder brindar ese tratamiento; sin embargo, del análisis de las constancias que integran en el expediente, no se pudo constatar que AR3 informara

⁷³ “Se han investigado diferentes estrategias neuroprotectoras que actúen sobre las diferentes vías que conducen a la muerte neuronal después de la exposición a hipoxia/isquemia: -hipotermia... La hipotermia actualmente es el único procedimiento del que se tiene evidencia sobre los beneficios como neuroprotector... para reducir la lesión cerebral y las secuelas a largo plazo”.

⁷⁴ Existe evidencia que la hipotermia inducida (enfriamiento) en los recién nacidos, que sufrieron falta de oxígeno al nacer reduce la muerte o la discapacidad, sin aumentar la discapacidad en los supervivientes. Esto significa que se espera que el enfriamiento disminuya la probabilidad de que el recién nacido muera, y que si sobrevive, el enfriamiento disminuirá la posibilidad de mayor discapacidad. La falta de oxígeno antes y durante el nacimiento puede destruir las células cerebrales de un recién nacido y el daño causado por la falta de oxígeno continúa por algún tiempo después. Una forma de detener este daño es inducir hipotermia, ya sea enfriar el cuerpo del recién nacido o simplemente la cabeza, durante horas o días. Este tratamiento puede reducir la cantidad de daño a las células cerebrales.

inmediatamente de tal situación al personal directivo del HGR 200, con la finalidad de efectuar la remisión de V2 a una Unidad Médica que si contara con los recursos materiales y humanos, para brindar el tratamiento curativo que V2 necesitaba, crucial para reducir el daño neurológico y el riesgo de mortalidad, tomando en consideración que dichas acciones debieron realizarse dentro de las primeras 6 horas de vida extrauterina de V2; situación que fue reiterada en la actuación de AR4 y AR5, quienes fueron omisos respecto de la misma situación y optaron por brindar a V2 alternativas distintas de tratamiento; por tales omisiones, AR3, AR4 y AR5 incumplieron con lo previsto en el Reglamento de la LGS⁷⁵, así como con la GPC-IMSS-371-10⁷⁶.

60. A las 16:54 horas del mismo día, contando V2 con aproximadamente 12 horas de vida extrauterina, fue atendido por PSP2, quien lo reportó con datos de dificultad respiratoria y crisis convulsivas ante el hallazgo de “reflejo del Moro”⁷⁷, comentó que “se recibe con puntas nasales, patrón respiratorio irregular, presenta datos de dificultad respiratoria...al momento sin requerir de ventilación mecánica, pero con riesgo de la misma por condiciones neurológicas”.

61. Durante el turno matutino del 05 de enero de 2023, V2 fue reportado con mala evolución clínica, procediendo AR5 a intubarlo, mejorando oximetría y las características de la piel, persistiendo, sin embargo, los eventos convulsivos a pesar

⁷⁵ ARTICULO 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones: I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables...

ARTICULO 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.

⁷⁶ Las unidades médicas de referencia deben estar preparadas para otorgar el manejo temprano con el equipo completo... Las unidades médicas de referencia para manejo con hipotermia terapéutica, sin importar sea sistémica o cefálica; deberán seguir el protocolo clínico establecido, así como contar con el equipo completo para su aplicación y mantenimiento

⁷⁷ Es un reflejo normal de un bebé cuando es asustado o que siente como que si se estuviera cayendo. El bebé luce "sobresaltado" y sus brazos se extienden hacia adelante de lado con las palmas hacia arriba y los pulgares flexionados.

del manejo, motivo por el cual añadió dosis de benzodiazepina⁷⁸. Al respecto la Opinión Especializada en Materia de Medicina añadió que la presencia de crisis convulsivas era indicativa de gravedad y mal pronóstico.

62. A las 16:17 horas de la misma fecha, V2 fue atendido por PSP3, personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200, quien lo reportó con condiciones clínicas sin mejoría, señalando pronóstico para ese momento de “malo para la vida en corto plazo por riesgo de falla orgánica múltiple, secundaria a asfixia severa”. El 06 de enero de 2023 a las 13:16 horas, AR5 identificó la presencia de “pozos de café a través de la sonda orogástrica”, como signo indicativo de sangrado de tubo digestivo alto, siendo una alteración digestiva añadida a la falla orgánica múltiple que V2 presentaba, secundario a la respuesta inflamatoria sistémica⁷⁹ producida por asfixia.

63. A las 07:46 del mismo día, V2 fue atendido por PSP4, quien lo reportó con desaturación de 80%⁸⁰, bradicardia de 30. Refirió que *“se inicia ventilación por bolsa⁸¹ y maniobras avanzada (sic) por considerar paro cardíaco, se administra dosis de adrenalina⁸² a 07:02 y se completa a 07:05 (sic), se proporcionan compresiones torácicas por 10 minutos, se administra carga de cristaloides⁸³, mejora saturación y frecuencia cardiaca de 110, nuevamente a 07:30 cae en asistolia⁸⁴...se*

⁷⁸ Con un efecto anticonvulsivante, sedante y cierto efecto de relajante muscular, es un medicamento psicotrópico que actúa sobre el sistema nervioso central.

⁷⁹ Afección grave por la que se inflama todo el cuerpo. La causa del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica puede ser una infección, un traumatismo, una cirugía, una isquemia (falta de riego sanguíneo en una parte del cuerpo) o determinadas afecciones, como un trastorno autoinmunitario o una pancreatitis.

⁸⁰ Cuando la saturación mínima desciende por debajo del 90% de la saturación de oxígeno de la hemoglobina.

⁸¹ La ventilación con Bolsa-Válvula-Mascarilla (BVM), está indicada en los casos de hipoventilación u obstrucción de la vía aérea y suele preceder a la intubación endotraqueal.

⁸² La adrenalina se usa para tratar reacciones asmáticas o alérgicas graves que ponen en peligro la vida.

⁸³ Son una parte integral del manejo de fluidos en medicina. Proporcionan una forma segura y eficaz de expandir el volumen del líquido extracelular, corregir los desequilibrios electrolíticos y mantener la hidratación.

⁸⁴ Asistolia es una ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio.

vuelve a administrar dosis de adrenalina...se dan compresiones torácicas por 1 minuto 23 segundos, logrando mejorar saturación...en ese periodo se administra bicarbonato⁸⁵... se sospecha neumotórax⁸⁶...se deja adrenalina en infusión continua". Al respecto la Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH precisó que, el neumotórax que presentó V2 fue una afección secundaria al daño pulmonar producto de la asfixia neonatal y que las acciones de reanimación descritas fueron adecuadas.

64. El 08 de enero de 2022 a las 07:41 horas, V2 fue atendido por PSP5, quien lo reportó en anuria, hipotensión, en cuna radiante, con ventilación mecánica invasiva⁸⁷, sedado. Para las 13:29 horas del mismo día, V2 fue valorado por PSP6, quien lo reportó con condiciones neurológicas sin avances, sin respuesta a estímulos externos, tono muscular y reflejos ausentes, con estado grave, riesgo de hemorragia cerebral, edema cerebral⁸⁸ secundario a asfixia, con realización pendiente de ultrasonido transfontanelar o tomografía de cráneo, sin sedación ni relajación, los cuales no había sido posible realizarlos por condiciones clínicas de V2.

65. El 09 de enero de 2023 a las 00:37 horas, V2 presentó paro cardiorrespiratorio, procediendo el personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a maniobras de reanimación avanzada por 10 minutos, sin obtener respuesta, por lo que declararon el fallecimiento de V2 a las 00:47 horas. Al respecto, la Opinión Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH señaló que la causa de fallecimiento de V2 fue falla orgánica múltiple, que involucró daño neurológico,

⁸⁵ Ya no se recomienda el bicarbonato de sodio, a menos que el paro cardíaco sea causado por hiperpotasemia, acidosis metabólica grave o sobredosis de antidepresivos tricíclicos. Puede considerarse el uso de bicarbonato de sodio si el paro cardíaco es prolongado (> 10 min); se administra sólo si hay buena ventilación.

⁸⁶ Se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que se encuentra entre los pulmones y la pared torácica.

⁸⁷ También conocida como ventilación mecánica tradicional, se realiza a través de un tubo endotraqueal o un tubo de traqueostomía (procedimiento médico en el cual se coloca una cánula o sonda en la tráquea para abrir la vía respiratoria con el fin de suministrarle oxígeno a la persona).

⁸⁸ Es una acumulación anormal de líquido en el cerebro.

respiratorio, renal, digestivo y cardiaco, secundarios a asfixia perinatal severa, considerada como causa básica de defunción de V2.

66. En los hechos analizados en esta Recomendación, se pudo constatar que los actos y omisiones del personal médico del HGR 200 impidieron el acceso de QV1 al nivel más alto de salud materna, teniendo impactos significativos en el bienestar de su producto de la gestación, que una vez nació V2, trascendió notoriamente en su salud y posterior fallecimiento; en ese marco, si bien se acreditaron omisiones de AR3, AR4 y AR5 que favorecieron el fallecimiento de V2, las principales afectaciones a su salud se advirtieron derivadas de los hechos violatorios sufridos por QV1, los cuales derivaron en su fallecimiento, por lo que AR1 y AR2 también son responsables.

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

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

69. Al respecto, esta CNDH ha señalado que “[e]l derecho a decidir ... permite analizar el derecho de toda mujer y persona con capacidad de gestar de gozar de forma plena de su maternidad o de acceder a los servicios médicos del Estado para

*la realización de un aborto seguro, desde el cumplimiento de los deberes del estado de generar un cumplimiento efectivo de la igualdad formal y material entre las mujeres y hombres*⁸⁹, lo que resalta la doble dualidad de este derecho, para el ejercicio de las mujeres y personas gestantes de sus derechos reproductivos.

70. Por lo anterior, cuando el derecho a decidir de la mujer o persona gestante se ejerce a través del acceso a los servicios de salud materna del Estado, la autoridad debe garantizar su acceso al nivel más alto posible de salud y preservar las expectativas reales de desarrollo de su producto de la gestación; es decir, le es exigible un resultado obstétrico, acorde con la decisión de la mujer o persona gestante y a sus condiciones clínicas, cuyos efectos tienen trascendencia en la salud y vida de la persona recién nacida.

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

72. Es por ello que, en casos como el de V2, en los que además de afectaciones directas a la protección de su vida, existen nexos causales de responsabilidad de las personas autoridades responsables en la vulneración de los derechos de protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de su madre, con independencia de que posterior a su nacimiento, se le brinde o no, una adecuada atención médica, es exigible la garantía del interés superior de la niñez, como un principio rector, administrativo y constitucional, de la práctica médica en el servicio

⁸⁹ CNDH, Recomendación 269/2023, 30 de noviembre de 2023. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-12/REC_2023_269.pdf

público, derivado del derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como del nacimiento de la persona recién nacida, como titular de derechos humanos.

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

74. En esa tesitura, se pudo constatar que los hechos descritos afectaron de manera conjunta el bienestar de QV1 y V2, siendo circunstancias que vulneraron los derechos humanos al interés superior y a la protección de la vida de V2, por efectos generados por una atención del parto inadecuada por AR1 y AR2, así como por omisiones de AR3, AR4 y AR5 en la atención de la salud de V2; por ello, al existir efectos directos en el bienestar de V2, por omitir AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 salvaguardar el bienestar de V2, como una garantía del interés superior de la niñez en el acceso a los servicios de salud reproductiva⁹⁰ del Estado, esta CNDH acreditó

⁹⁰ Los derechos reproductivos son derechos humanos que están reconocidos en leyes nacionales, instrumentos internacionales y en otros documentos legales y doctrinales adoptados por consenso generalizado. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijas o hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. Véase Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995), en el mismo sentido CrIDH Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr 148.

su responsabilidad al generar condiciones adversas para la supervivencia y desarrollo de V2.

C. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

75. La LGAMVLV, define la violencia contra las mujeres como: *“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”*.

76. La “Convención de Belém do Pará”, es el primer instrumento internacional que reconoce que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia; así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos. Además de plasmar la definición de violencia contra las mujeres como: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.”*⁹¹ Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

77. Asimismo, la violencia institucional ha sido definida por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

⁹¹ Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”).

C.1 VULNERACIÓN AL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL DE QV1

78. Se pudo constatar que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 fueron omisos en atender de manera adecuada a QV1, de conformidad con la normativa y literatura médicas para la debida atención de su salud materna, al no salvaguardar de manera diligente las expectativas reales de desarrollo de su embarazo y favoreciendo el fallecimiento de V2; en ese sentido, se pudo apreciar la falta de comunicación de calidad entre el personal médico del HGR 200 y QV1, quien después de ocurrir los hechos violatorios, persistió con múltiples dudas respecto a la verdad de lo sucedido.

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

80. El IMSS no acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 favorecieran un estado emocional positivo en QV1, evitando usar lenguaje técnico en las explicaciones médicas sobre su embarazo y padecimientos; conociendo sus expectativas sobre el desarrollo de su embarazo; ofreciendo información de manera comprensible y pertinente; escuchando y atendiendo sus necesidades emocionales; disipando ideas erróneas; siendo omisiones contrarias a la mencionada guía, lo que se traduce en la falta de apoyo continuó⁹² a QV1 por parte del personal médico del HGR 200, como un deber fundamental en la atención médica materna con perspectiva de género.

⁹² El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.

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

82. Por ello, el actuar de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 fue desprovisto de perspectiva de género pues, en sus intervenciones, se pudo corroborar que no brindaron a QV1, servicios de salud materna con atención calidad, sensible, empática, digna, de calidad, profesional, legal y disciplinada, pues sus acciones no fueron guiadas con la finalidad de salvaguardar su bienestar, ni de su producto de la gestación, brindando al binomio materno fetal un tratamiento médico óptimo de acuerdo a sus necesidades; tampoco se estimaron los factores de riesgo que presentó desde el primer momento, ni se tomó en consideración su sentir, sus preocupaciones, acreditándose además, que la atención médica que se le brindó en el HGR 200 fue inadecuada desde su ingreso a esa Unidad Médica, en el marco de la atención de su parto.

83. Por lo anterior, además de actos y omisiones con constituyen violencia obstétrica, al acreditarse que la atención médica que recibió QV1 en el HGR 200 fue deshumanizada, durante su embarazo, generándole afectaciones de índole física y psicológica, las cuales provocaron el fallecimiento de V2, se configura la modalidad de violencia institucional, que es conceptualizada por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como los actos u omisiones de las personas servidoras públicas de cualquier orden de gobierno que discriminen,

utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia; por las anteriores consideraciones, AR1, AR2 y el IMSS de manera institucional, son responsables de vulnerar el derecho de QV1 a una vida libre de violencia, al incumplir con lo previsto en la NOM-007-SSA2-2016⁹³.

D. PROYECTO DE VIDA

84. El proyecto de vida ha sido considerado por la CrIDH, como *“(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse, razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. El proyecto de vida se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales (...)*⁹⁴.

85. La CrIDH se ha referido al daño en el proyecto de vida como aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable”*⁹⁵. También ha señalado que dicho daño se deriva de

⁹³ 5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo...

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

⁹⁴ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.”, párrafos 308.

⁹⁵ Ídem. párrafos 308.

las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional⁹⁶.

86. Asimismo, ha precisado que la reparación integral del daño al “proyecto de vida” generalmente requiere medidas reparatorias que vayan más allá de una mera indemnización monetaria, consistentes en medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición,⁹⁷ con una perspectiva especial que tome en consideración los factores interseccionales que coloquen a la víctima en una situación de vulnerabilidad diferenciada. En algunos casos recientes la CrIDH ha valorado este tipo de daño y lo ha reparado. De igual forma ha observado que algunas Altas Cortes Nacionales reconocen daños relativamente similares asociados a la “vida de relación” u otros conceptos análogos o complementarios⁹⁸.

D.1 DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE QV1 Y VI1

87. VI1, como pareja, en conjunto con QV1, habían decidido integrar a una nueva persona a su familia, no obstante, a raíz de los hechos y como consecuencia de la pérdida del bienestar fetal y el fallecimiento de V2, con motivo de la inadecuada atención médica brindada a QV1 en el HGR 200, se generó una afectación que, de manera indirecta, repercutió en VI1 quien, previo y posterior a los hechos ha mantenido una participación activa en el cuidado de QV1, en consecuencia, esta Comisión Nacional le reconoce su calidad de víctima indirecta⁹⁹.

⁹⁶ Caso *Furlan y Familiares Vs Argentina*. (Excepciones Preliminares), Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 285.

⁹⁷ Caso *Mendoza y otros Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.

⁹⁸ *Ídem*.

⁹⁹ La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo en Revisión 581/2022, párrafo 116.

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

88. Se pudo constatar que QV1 y VI1 padecieron de actos y omisiones por parte de personal médico del IMSS cuya injerencia arbitraria, impidió gravemente la realización en la referida expectativa de desarrollo personal y familiar factibles en condiciones normales, al tener efectos irreparables o muy difícilmente reparables¹⁰⁰ para el cumplimiento de su proyecto y/o expectativa de ser progenitores, viendo su libertad de decisión alterada por factores ajenos a ella y a él, que les fueron impuestos de manera arbitraria.

89. Por comunicación telefónica de 27 y 28 de agosto y octubre, respectivamente, de 2024 se pudo conocer que VI1 y VI3 se ocuparon de su cuidado durante un mes y medio, después de ocurridos los hechos, teniendo que mudarse temporalmente a la casa de VI3. Añadió que también fue cuidada por sus familiares, quienes todo el tiempo estuvieron al pendiente de ella, pero primordialmente VI1 y VI3. Mencionó que derivado de los hechos, ni ella ni VI1 y VI2 han tomado atención psicológica por el fallecimiento de V2; que no tenían contemplados los gastos funerarios, además de pagar medicamentos y consultas con personal médico de medios particulares, pues ya no volvió a regresar al IMSS a valoraciones ginecológicas, al salir de su casa en Zumpango e irse a la casa de VI3 en la Ciudad de México para su cuidado.

90. QV1 describió que VI1 solo le dieron 3 días como permiso de paternidad y 4 días para afrontar su duelo, y que VI3 trabajaba desde casa, lo que le permitió estar

¹⁰⁰ La CrIDH ha referido que “los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado, y por ende alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses. Vid. CrIDH, Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párr. 150. En el mismo sentido, voto parcialmente disidente del juez Carlos Vicente de Roux Rengifo sobre el mismo caso, que refirió, que las alteraciones de las condiciones de existencia son modificaciones del entorno objetivo de la víctima...que suelen prolongarse en el tiempo mucho más allá del momento en que cesan la aflicción ocasionada por el hecho dañino. No toda modificación de las condiciones de existencia merece ser indemnizada. Debe tratarse de daños de mucha entidad.

al pendiente de ella. Manifestó que siempre había acudido a Unidades Médicas del IMSS, siendo allí donde nació VI2, pero nunca imaginó que V2 fallecería a los pocos días de nacido, ni que el IMSS fuera una mala opción.

91. El deber de cuidado ejercido por VI3 es relevante, pues permite visibilizar la carga histórica, social y cultural que atribuye a las mujeres y personas con capacidad de gestar, como una carga impuesta, el deber de cuidado de niñas, niños y adolescentes, y como el derecho al cuidado y la protección familiar, de acuerdo con el imaginario colectivo¹⁰¹ está asociado a mujeres y personas con capacidad de gestar de las familias mexicanas, cabiendo añadir que la SCJN ha referido que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen el derecho a no ser forzadas a cuidar por mandatos de género, al ser en ellas en quienes recae preponderantemente las labores de cuidado¹⁰².

92. Como fue referido, previo y posterior a los hechos VI1 ha mantenido una participación activa en el cuidado de QV1, en consecuencia, esta Comisión Nacional les reconoce su calidad de víctima indirecta¹⁰³; en el mismo sentido, en el Amparo en Revisión 581/2022 la SCJN refirió que un elemento para reconocer la calidad de víctima indirecta es la participación activa en el cuidado de la víctima directa, previamente al hecho y posterior al hecho que causó la violación a los derechos humanos, situación que se acredita principalmente a familiares directos de la víctima, cómo es el caso de VI1 y VI3 respecto a QV1; por ello esta CNDH ha acreditado también, afectaciones al proyecto de vida de VI1 y VI3.¹⁰⁴

¹⁰¹ “[F]iguras interpretativas de nuestro entorno que le otorgan plausibilidad a una determinada interpretación de la realidad social, en la medida que dicha interpretación –en sus grandes rasgos– es socialmente compartida” (Duarte, 2015: 23).

¹⁰² SCJN, Comunicados de Prensa, Op.Cit.

¹⁰³ La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo en Revisión 581/2022, párrafo 116.

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

¹⁰⁴ En nota a pie de página poner: La SCJN ha considerado como elemento para el reconocimiento de la calidad de víctimas indirectas el cuidado activo respecto a las víctimas directas. SCJN, Amparo

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

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

94. De acuerdo con la CrIDH, la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalcientes en cada Estado¹⁰⁵.

95. 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

en Revisión 581/2022, párrafo 116.
https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-02/AR-581-2022-28022023.pdf

¹⁰⁵ 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.

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

96. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que “la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad”.¹⁰⁶

97. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, advierte en su introducción que: “[...] todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables; asimismo, señala que las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-medico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado”.

E1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV1 Y VI1

98. En el análisis del expediente clínico de QV1 se observaron irregularidades con relación a la información asentada por AR2 en el partograma de QV1; al respecto, se pudo constatar que AR2 omitió asentar el registro de los datos de borramiento que acompaña a la dilatación en la valoración de los cambios cervicales, registrando solo dos resultados, uno de 70% a las 21:30 horas del 03 de enero de 2023, cuando QV1 ingresó al área de Tococirugía, y el segundo de 80% a las 01:30 horas del 04 de enero de 2023, motivo por el cual se desconoce el momento exacto del inicio del segundo periodo del trabajo de parto; en el caso, dicha situación es relevante pues, como fue referido, no fue advertida de manera oportuna, la necesidad de

¹⁰⁶ CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.

interrumpir, vía abdominal, el embarazo de QV1 para atender las condiciones de asfixia perinatal que QV1 cursaba.

99. Las omisiones descritas impiden a QV1 y VI1, conocer datos específicos sobre la atención médica brindada, las indicaciones médicas brindadas, y el nivel de intervención por personal de médico involucrado en los hechos, obstaculizando que puedan conocer detalles fundamentales sobre las acciones y omisiones que afectaron la salud de QV1 y favorecieron el fallecimiento de V2 y, por tanto, impidiendo que pudieran acceder a información veraz, oportuna y adecuada en materia de salud.

100. Finalmente es importante referir que, en el expediente clínico de QV1 sobre la atención que le fue brindada en el HGR 200, se pudieron advertir notas medicas sin la referencia del nombre, firma, servicio, número de matrícula o cédula del personal médico de la elaboró¹⁰⁷; con número de cédula y/o matricula ilegible¹⁰⁸; omisiones que, si bien no tuvieron un impacto en la salud física o psicológica de QV1, transgreden la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico¹⁰⁹ y constituyen una mala práctica administrativa que impacta el elemento de accesibilidad del derecho al nivel más alto de salud posible de QV1.

¹⁰⁷ Nota médica inicial de 04 de enero de 2023 a las 16:35 horas; Nota de vigilancia prenatal y riesgo obstétrico de 11 de noviembre de 2022;

¹⁰⁸ Nota médica y prescripción de 03 de enero de 2023; nota de atención al recién nacido de 04 de enero de 2024; Nota de recuperación de 04 de enero de 2023 a las 12:00 horas; Nota de egreso de 05 de enero de 2023 a las 11:22 horas; Nota de atención al recién nacido de 04 de enero de 2023;

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

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

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

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

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

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

101. Esta CNDH acreditó que la actuación de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al HGR 200, en el desarrollo de los hechos referidos, incurrió en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de QV1 y V2, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en los apartados que anteceden, y con ello no se apegaron a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, al no garantizar, de conformidad con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de tipo obstétrica de QV1; al interés superior de la niñez y a la protección de la vida de V2, al acceso a la información en materia de salud de QV1 y VI1, así como al proyecto de vida de QV1, VI1 y VI3, mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

102. El 03 de enero de 2023, AR1 omitió diagnosticar a QV1 con “feto grande para la edad gestacional”, incumpliendo con lo establecido en la NOM-004-SSA-2016; en tanto que AR2 en la atención de QV1 de su fase activa del trabajo de parto el 03 y 04 de enero de 2023, realizó un registro del partograma deficiente y omitió realizar la operación cesárea al presentarse un trabajo de parto prolongado (distocia), incumpliendo con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016. AR2 también, en la atención del segundo periodo del trabajo de parto (expulsivo), omitió liberar la circular de cordón a cuello ajustada a través de pinzamiento y corte inmediato, lo que trajo como consecuencia un periodo expulsivo complicado, incumpliendo con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016.

103. AR3 omitió informar inmediatamente al personal directivo del HGR 200, que esa Unidad Médica no contaba con los recursos materiales para brindar atención al V2, con la finalidad de efectuar la remisión de V2 a una Unidad Médica que si contara con los recursos materiales y humanos para brindar el tratamiento curativo

que V2 necesitaba, crucial para reducir el daño neurológico y el riesgo de mortalidad; situación que fue reiterada en la actuación de AR4 y AR5, quienes fueron omisos respecto de la misma situación. Por tales omisiones, AR3, AR4 y AR5 incumplieron con lo previsto en el Reglamento de la LGS¹¹⁰, así como con la GPC-IMSS-371-10.

104. Con ello, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incumplieron 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.

105. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero, 102 apartado B, de la CPEUM; 6 fracción III, 71 párrafo segundo, y 72 párrafo segundo de la Ley de la CNDH, se tienen evidencias suficientes sobre actos y omisiones que pudieran ser constitutivos de responsabilidad administrativa, para solicitar al IMSS que colaborará ampliamente con esta CNDH en la vista administrativa que con motivo de los hechos presente al Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto, que permita individualizar la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, y AR5 en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho, correspondan.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

106. El artículo 1º de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover,

¹¹⁰ ARTICULO 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones: I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables...

ARTICULO 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.

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.

107. Estas obligaciones generales y específicas no solo rigen a los servidores públicos 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 servidores públicos.

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

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

110. En el caso, como fue referido, el personal del HGR 200 no garantizó una atención médica con perspectiva de género al desestimar en todo momento los factores de riesgo que QV1 cursó en su embarazo, lo que derivó en la falta de identificación de la pérdida del bienestar fetal que presentó y que concluyó con el fallecimiento de V2, denotando por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 falta de sensibilidad e interés de que QV1 pudiera acceder a un diagnóstico adecuado, que no solo preservará su estado de salud en las mejores condiciones posibles, sino de garantizar la protección de la vida de V2, por lo que también se acreditó la falta de protección del interés superior de la niñez.

111. Por ello, se constató que el personal médico de esa Unidad Médica no apego su actuar a las Guías de Práctica Clínica GPC-RPM, GPC-IMSS-048-08, GPC-IMSS-371-10, GPC-IMSS-632-13, como es dispuesto por la NOM-007-SSA2-2016¹¹¹, que constituyen estándares médicos que buscan favorecer que las mujeres y personas gestantes puedan acceder al más alto nivel posible de salud y preservar las condiciones más óptimas para el desarrollo del producto de la gestación, siendo un aspecto fundamental de servicios de salud con perspectiva de género.

112. En el caso de V2, se pudo corroborar que, una vez fue cedida la atención por PSP1 al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGR 200, AR1, AR2 y AR3 no hicieron notable la falta de equipo para la aplicación y mantenimiento del manejo con hipotermia terapéutica que V2 necesitaba; dicha situación es analizada en la presente Recomendación desde dos aspectos; el primero, desde la omisión individual de AR3, AR4 y AR5 de garantizar la remisión de la atención de V2 a una Unidad Médica con capacidad de atención, acorde con

¹¹¹ 5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

la GPC-IMSS-371-10¹¹² y el Reglamento de la LGS¹¹³; el segundo, desde la responsabilidad que el IMSS tiene de garantizar que el HGR 200 cuente con los recursos físicos, tecnológicos y humanos, que en el caso, implicó que no se contara con equipo para el manejo de V2 con hipotermia para asfixia perinatal, afectando directamente la salud de V2, y cual persistencia del problema, implica la falta de garantía del interés superior de la niñez de niñas y niños recién nacidos en situaciones similares.

113. En ese sentido, se pudo constatar que el IMSS, mediante sus propios procedimientos, no garantizó el cumplimiento del deber específico previsto en la normativa en materia de salud del país, de garantizar que su personal médico apegue su actuar a lo previsto en las Guías de Práctica Clínica y en las Normas Oficiales Mexicanas; en el caso, con la finalidad de proteger la salud de QV1 y V2¹¹⁴; el IMSS no garantizó que su personal implementara las medidas necesarias para disminuir la morbilidad materno infantil¹¹⁵, lo anterior pues, aunque se trata de deberes institucionales abstractos, de cumplimiento progresivo, están previstos en normativa médica con acciones inmediatas como garantía de prevención¹¹⁶, cuyos

¹¹² Las unidades médicas de referencia para manejo con hipotermia terapéutica, sin importar sea sistémica o cefálica; deberán seguir el protocolo clínico establecido (Cuadro 3), así como contar con el equipo completo para su aplicación y mantenimiento.

¹¹³ ARTICULO 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.

¹¹⁴ Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud

¹¹⁵ Reglamento de la LGS

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

¹¹⁶ LGS

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

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

Artículo 52. El Instituto otorgará la vigilancia y atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, a las aseguradas y a las beneficiarias que señala la Ley atendidas en sus unidades médicas.

efectos, de haberse realizado, no se apreciaron en el análisis de los hechos de QV1 y V2, generándose responsabilidad institucional por inadecuada atención médica¹¹⁷.

114. Además, se pudieron identificar prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico¹¹⁸, 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 salud¹¹⁹, que permite la institucionalización de la violencia obstétrica; a este respecto, se pudieron advertir notas medicas sin nombre del personal que las elaboró y sin referencia a la cédula y/o matrícula de ese personal, inobservando con ello la 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.

115. Por lo anterior, esta Comisión Nacional observó que además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte de IMSS, al no garantizar el acceso de QV1 a la protección de su salud materna, en un entorno libre de violencia, así como el interés superior de la niñez en agravio de V2 y al ser omisa en prever todas aquellas acciones necesarias, para evitar la violación a los

Para ello, se realizarán acciones médicas de educación, prevención y protección específica, tendentes a mantener o restaurar la salud de la madre y del recién nacido.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

7.14 En todos los establecimientos de atención médica se deben establecer acciones preventivas durante el control prenatal, y se realizará la vigilancia del trabajo de parto, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.4, del capítulo de Referencias, de esta Norma, a fin de disminuir la prematuridad e hipoxia/asfixia neonatal.

¹¹⁷ Artículo 7... El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

¹¹⁸ CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", Óp. Cit., párr. 40.

¹¹⁹ Ibidem, párr. 42.

derechos humanos de las personas derechohabientes para el fomento adecuado de una cultura de paz y de derechos humanos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

116. Una de las vías previstas en el Sistema Jurídico Mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la LGV, prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

117. En el caso *Espinoza González vs. Perú*, la CrIDH resolvió que: “[...] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado* “[...] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos* [...]”.¹²⁰

¹²⁰ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I, II y IV, 7 fracciones I, II, III, VI, VII, XIX y XXIII; 26, 27 fracciones II, III, IV, V y VI; 62 fracción I; 64 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VIII y IX; 75 fracción IV; 88 fracciones II, XXIII y XXVII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I y párrafo segundo; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la LGV; y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna y a una vida libre de violencia de tipo obstétrica de QV1; al interés superior de la niñez y a la protección de la vida de V2, al acceso a la información en materia de salud de QV1 y VI1, así como al proyecto de vida de QV1, VI1 y VI3 este Organismo Nacional le reconoce a QV1 y V2 su calidad de víctimas directas y a VI1, VI2 y VI3 su calidad de víctimas indirectas¹²¹, por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV1, V2, VI1, VI2 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la LGV; para ello, el IMSS remitirá copia de la presente Recomendación.

119. Las presentes medidas se piensan para generar un cambio en la realidad cotidiana, no solo de las víctimas, sino también de las mujeres y personas gestantes que acceden a los servicios de salud materna en el HGR 200. Por tal motivo las mismas deben tener una vocación transformadora, pues sería injusto restituir a las víctimas a la misma situación dónde rigen relaciones sociales y políticas que han perpetuado discriminación estructural y violencia¹²².

¹²¹ Artículo 4. ...

Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

¹²² 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.

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

i) Medidas de rehabilitación

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

122. Por ello, el IMSS deberá brindar a QV1, VI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica, que requieran por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii) Medidas de compensación

123. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27 fracción III, 64 fracciones I y II, a 72 de la LGV y consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La compensación deberá otorgarse de forma

apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos, pérdidas económicas, así como la afectación al proyecto de vida como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

124. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1 y V2 como víctimas directas, así como de VI1, VI2 y VI3, como víctimas indirectas, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente y conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, en términos de la LGV; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio primero.

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

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

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

iii) Medidas de satisfacción

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

128. Por lo anterior, dado que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incumplieron con sus obligaciones, el IMSS colaborará ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto, en contra de esas personas autoridades responsables, que permita individualizar la responsabilidad de cada una de ellas y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

129. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la LGV, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de QV1 y V2, 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

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

131. El IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización¹²³ con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el reconocimiento de los derechos humanos, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y servicios homólogos del HGR 200, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de seguir laboralmente activos, que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna y al bienestar del producto de la gestación; b) Identificación oportuna de factores de riesgo en el embarazo, tratamiento oportuno, con especial énfasis en la identificación de anomalías relacionadas con la macrosomía fetal, el cordón umbilical y parto estacionario y la interrupción oportuna del embarazo c) Sensibilización en la atención médica y servicios de salud con perspectiva de género, en el que se aborden las afectaciones a la calidad de vida, los riesgos y los beneficios a la salud

¹²³ Los cursos de sensibilización son herramientas que buscan concientizar a las personas sobre un tema específico, con el objetivo de promover cambios de actitud o de conducta. Dichos procesos de sensibilización son distintos de los cursos de capacitación, pues buscan construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de la cultura de las violencias en el servicio público, deconstruyendo o modificando patrones de conducta estereotipados, prejuiciosos o estigmatizantes en las prácticas administrativas.

física y emocional de las mujeres y personas gestantes, así como del bienestar y trato digno del producto de la gestación durante la atención del embarazo, parto y puerperio; el cual deberá buscar construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de prácticas administrativas en el servicio público generadoras de violencia institucional en perjuicio de las mujeres, así como fomentar la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal especializado que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

132. Asimismo, deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación relacionado con el manejo y observancia de la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, de la GPC-RPM, la GPC-IMSS-048-08, la GPC-IMSS-371-10, la GPC-IMSS-632-13, la NOM-007-SSA2-2016 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; así como los deberes establecidos en la LGS, el Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y servicios homólogos del HGR 200, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de seguir laboralmente activos, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

133. Garantizara la emisión de una circular, en un plazo de dos meses, que instruya al personal médico adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia, de la Unidad de Cuidados Intensivos y servicios homólogos del HGR 200, a brindar atención sensible, empática, digna y de calidad, bajo los principios de profesionalismo, legalidad y disciplina a las mujeres y personas gestantes derechohabientes de ese Instituto, con apego estricto en la GPC-RPM, la GPC-IMSS-048-08, la GPC-IMSS-371-10, la GPC-IMSS-632-13, la NOM-007-SSA2-2016 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y en caso de no contar con el personal médico y/o insumos necesarios para brindar la atención, subrogar el servicio a la brevedad, lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.

134. En un plazo no mayor a seis meses, realizara las acciones necesarias para garantizar que la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR 200 cuente con equipo completo para el manejo de hipotermia terapéutica, sea sistémica o cefálica, así como la presencia de personal médico especialista capacitada para utilizarlo y que ese esté en funcionamiento en todos los turnos de atención de esa Unidad Médica, debiendo remitir evidencia de su cumplimiento que incluya fotografías, copias certificadas del contrato y/o convenio celebrados para la adquisición del equipo referido en este punto, así como la plantilla actualizada de personal médico contratado y/o asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para la operación del referido equipo, evidencia de asignación de ese personal médico en todos los turnos del HGR 200, así como evidencia de la capacitación recibida por ese personal médico para la operación del equipo referido, en términos del Reglamento de la LGS y la GPC-IMSS-371-10; lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio séptimo.

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

136. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted Director General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES:

PRIMERO. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas de QV1 y V2 como víctimas directas, así como de VI1, VI2 y VI3 como víctimas indirectas, a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez emita el dictamen correspondiente y conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, en términos de la LGV. Hecho lo anterior, deberá remitir a esta CNDH las constancias de su cumplimiento.

SEGUNDO. Brindar a QV1, VI1 y VI2 la atención psicológica y/o tanatológica que requieran por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para

salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta.

TERCERO. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 que permita individualizar su responsabilidad administrativa individual y, en su caso, emitir las sanciones que conforme a derecho correspondan. Hecho lo anterior, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

CUARTO. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses, después de la aceptación de esta Recomendación, un curso de sensibilización¹²⁴ con la finalidad de brindar una atención médica integral con calidad desde una perspectiva de género, bajo el reconocimiento de los derechos humanos, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y servicios homólogos del HGR 200, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de seguir laboralmente activos, que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud materna y al bienestar del producto de la gestación; b) Identificación oportuna de factores de riesgo en el embarazo, tratamiento oportuno, con especial énfasis en la identificación de anomalías relacionadas con la macrosomía fetal, el cordón umbilical y parto estacionario y la interrupción oportuna del embarazo c) Sensibilización en la atención médica y servicios de salud con perspectiva de género, en el que se aborden las afectaciones a la calidad de vida, los riesgos y los beneficios a la salud física y emocional de las mujeres y personas gestantes, así como del bienestar y trato digno del producto de

¹²⁴ Los cursos de sensibilización son herramientas que buscan concientizar a las personas sobre un tema específico, con el objetivo de promover cambios de actitud o de conducta. Dichos procesos de sensibilización son distintos de los cursos de capacitación, pues buscan construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de la cultura de las violencias en el servicio público, deconstruyendo o modificando patrones de conducta estereotipados, prejuiciosos o estigmatizantes en las prácticas administrativas.

la gestación durante la atención del embarazo, parto y puerperio; el cual deberá buscar construir, fomentar y/o fortalecer la erradicación de prácticas administrativas en el servicio público generadoras de violencia institucional en perjuicio de las mujeres, así como fomentar la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud; ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano y, deberá ser impartido por personal especializado que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

QUINTO. Diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación relacionado con el manejo y observancia de la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, de la GPC-RPM, la GPC-IMSS-048-08, la GPC-IMSS-371-10, la GPC-IMSS-632-13, la NOM-007-SSA2-2016 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; así como los deberes establecidos en la LGS, el Reglamento de la LGS y el Reglamento IMSS, dirigidos al personal médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y servicios homólogos del HGR 200, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de seguir laboralmente activos, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano 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.

SEXTO. Garantizar la emisión de una circular, en un plazo de dos meses, que instruya al personal médico adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia, de la Unidad de Cuidados Intensivos y servicios homólogos del HGR 200, a brindar

atención sensible, empática, digna y de calidad, bajo los principios de profesionalismo, legalidad y disciplina a las mujeres y personas gestantes derechohabientes de ese Instituto, con apego estricto en la GPC-RPM, la GPC-IMSS-048-08, la GPC-IMSS-371-10, la GPC-IMSS-632-13, la NOM-007-SSA2-2016 y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y en caso de no contar con el personal médico y/o insumos necesarios para brindar la atención, subrogar el servicio a la brevedad. Hecho lo cual, remita a esta CNDH las evidencias de su cumplimiento.

SÉPTIMO. En un plazo no mayor a seis meses, realizar las acciones necesarias para garantizar que la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR 200 cuente con equipo completo para el manejo de hipotermia terapéutica, sea sistémica o cefálica, así como la presencia de personal médico especialista capacitada para utilizarlo y que ese esté en funcionamiento en todos los turnos de atención de esa Unidad Médica, debiendo remitir evidencia de su cumplimiento que incluya fotografías, copias certificadas del contrato y/o convenio celebrados para la adquisición del equipo referido en este punto, así como la plantilla actualizada de personal médico contratado y/o asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para la operación del referido equipo, evidencia de asignación de ese personal médico en todos los turnos del HGR 200, así como evidencia de la capacitación recibida por ese personal médico para la operación del equipo referido, en términos del Reglamento de la LGS y la GPC-IMSS-371-10.

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

137. 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.

138. 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.

139. 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 Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

140. 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