

RECOMENDACIÓN NO. 27/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE QV, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV Y VI, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL RURAL NO. 12 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN ZONGOLICA VERACRUZ.

Ciudad de México, a 28 de febrero de 2025

**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, párrafo primero, 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, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2023/17763/Q**, relacionado con el caso de QV y PG.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General

de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Producto de Gestación	PG
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Médico Residente	PMR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz	Comisión Estatal
Hospital Rural Prospera No.12 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	HR-12
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
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-De la atención de la mujer durante el embarazo
Norma Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.	NOM- De la educación en salud
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Nayarit del Instituto Mexicano del Seguro Social	OOADEN
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. Este Organismo Nacional recibió la inconformidad de QV y VI, proveniente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, en la que manifestaron que el 21 de septiembre de 2023, acudieron al área de Urgencias del HR-12, debido a que QV, se encontraba en el noveno mes de embarazo. Tras la revisión médica, les indicaron que regresaran a su domicilio, pues aún le faltaban días para el parto.

6. Los días 23 y 24 de septiembre de ese mismo año, QV y VI, acudieron nuevamente al servicio de Urgencias del HR-12 en busca de la atención médica necesaria. Sin embargo, las personas médicas tratantes reiteraron que aún le faltaban días para el parto, por lo que fueron enviados nuevamente a su domicilio.

7. Finalmente, el 25 de septiembre de 2023, QV y VI, regresaron al servicio de Urgencias, donde a QV se le practicó un ultrasonido. Como resultado, se les informó del fallecimiento del producto de la gestación, por lo que se procedió a realizar una cesárea para extraer el feto sin vida. Ante estos hechos, solicitaron una investigación por posible negligencia médica.

8. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2023/17763/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos señaladas por QV y VI, se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja de 25 de septiembre de 2023, presentado por QV1 y VI ante la Comisión Local, la cual se hizo llegar a esta Comisión Nacional debido a la competencia, en el que narraron las presuntas violaciones a derechos humanos en su agravio por parte de personal médico del HR-12.

10. Correo electrónico del 15 de enero de 2024, mediante la cual personal del IMSS, remitió a esta Comisión Nacional un resumen médico sobre la atención brindada a QV, así como copia certificada de su expediente clínico, del que se desprenden las siguientes constancias:

10.1. Nota de Consulta Externa de Embarazo de Alto Riesgo, de 9 de junio de 2023, a las 9:40 horas.

10.2. Nota de Valoración Inicial Triage, de 16 de agosto de 2023, a las 09:10 horas.

10.3. Nota de Valoración Inicial Triage, de 31 de agosto de 2023, a las 11:38 horas.

10.4. Hoja de referencia, de 21 de septiembre de 2023, sin hora, elaborada por personal médico adscrito al Centro de Salud "Tlalnecpaquila".

10.5. Nota médica inicial Triage de valoración del servicio de Urgencias del HR, de 21 de septiembre de 2023, a las 16:49 horas.

10.6. Nota médica inicial Triage de valoración del servicio de Urgencias, de 23 de septiembre de 2023, a las 15:04 horas.

10.7. Nota médica inicial Triage de valoración del servicio de Urgencias, de 24 de septiembre de 2023, a las 17:27 horas.

10.8. Nota médica inicial Triage de valoración del servicio de Urgencias, de 25 de septiembre de 2023, a las 10:17 horas.

10.9. Nota médica de vigilancia y atención del parto de 25 de septiembre de 2023, a las 10:17 horas.

10.10. Nota pre-quirúrgica del servicio de Ginecología y Obstetricia, de 25 de septiembre de 2023, a las 10:20 horas.

10.11. Nota de valoración preanestésica, elaborada por personal del servicio de Ginecología y Obstetricia de 25 de septiembre de 2023, a las 11:00 horas.

10.12. Registro de intervención quirúrgica, elaborada por personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia de 25 de septiembre de 2023, a las 11:00 horas.

10.13. Nota de terminación de embarazo elaborada por personal del servicio de Ginecología y Obstetricia de 25 de septiembre de 2023, a las 13:04 horas.

10.14. Nota postquirúrgica elaborada por personal del servicio de Ginecología y Obstetricia de 25 de septiembre de 2023, a las 13:50 horas.

10.15. Certificado de muerte fetal de 25 de septiembre de 2023.

- 11.** Dictamen Médico Institucional No. 79/2024 de junio de 2024, elaborada por personal de la CONAMED en la cual se determinó que la atención médica brindada a QV en el HR-12 del 9 de junio al 21 de septiembre de 2023 fue inadecuada.
- 12.** Oficios números 063760 y 073441 del 20 de septiembre y 21 de octubre de 2024, respectivamente, dirigidos al Coordinador de Atención a Quejas y Casos Especiales del IMSS a fin de solicitar información respecto de las personas servidoras públicas que laboran para dicho hospital.
- 13.** Acta circunstanciada de 9 de diciembre de 2024, en la cual personal de esta Comisión Nacional asentó la comunicación sostenida con QV y VI, mediante la cual informaron que no habían presentado denuncia penal o alguna otra queja relacionada con los hechos.
- 14.** Correo electrónico del 31 de octubre de 2024, mediante el cual se adjuntó el oficio de 3 de ese mes y año, donde el director del HR-12 informó a este Organismo Nacional sobre el personal médico a cargo de la atención de QV.
- 15.** Acta circunstanciada de 9 de diciembre de 2024, en la cual personal de esta Comisión Nacional asentó la comunicación telefónica mediante la cual se informó que QV y VI no interpusieron denuncia administrativa o penal relacionada con los hechos.
- 16.** Oficio 00641/30.102/62/2025 del 22 de enero de 2025, mediante el cual personal del OIC-IMSS informó que con motivo de la vista otorgada por esta Comisión Nacional relativo a la inadecuada atención médica que se proporcionó a QV atribuible a personas servidoras públicas de ese Instituto, en esa misma fecha se radicó el Expediente Administrativo 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 10 de enero de 2025, esta Comisión Nacional le dio vista a la OIC-IMSS por la inadecuada atención médica brindada a QV, por tal motivo el referido Órgano Interno informó a esta CNDH que el Área de Quejas, está realizando las acciones correspondientes para obtener datos e indicios que le permitan iniciar una investigación por presuntos hechos irregulares, atribuibles a personas servidoras públicas del HR-12, bajo el número de Expediente 1.

18. Este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitieran establecer que se hubiese iniciado alguna denuncia ante la Fiscalía General de la República, ni queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o acción jurisdiccional relacionada con la atención médica brindada a QV en el HR-12.

III.1 CONVENIO DE COLABORACIÓN QUE CELEBRARON LA CNDH Y LA CONAMED

19. Se estima necesario señalar que la CNDH es una institución que por su naturaleza y fundamento jurídico conoce de prácticas médicas que podrían vulnerar el derecho a la salud y la CONAMED contribuye a tutelar a la protección de la salud, resolviendo los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la lex artis médica y la ética en la relación médico-paciente, por lo cual se consideró necesaria la colaboración entre éstas Comisiones Nacionales.

20. Siendo un imperativo constitucional dotar de eficacia al derecho a la protección de la salud, en términos de los dispuesto por el artículo 51 Bis 3, de la Ley General de Salud,

que prevé que las quejas que las personas usuarias presentes por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva ya sea por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia, por lo que se hizo necesaria la colaboración entre dichas Comisiones Nacionales.

21. Por lo anterior, el 21 de marzo de 2024, la CNDH y la CONAMED suscribieron un Convenio de Colaboración con el objeto de establecer las bases y lineamientos a efecto de unificar criterios tendientes a brindar una mejor atención a la ciudadanía, en los casos en que se presenten quejas relativas a la atención médica y en las que se presuman la existencia de violaciones a los derechos humanos, conjuntamente con posibles irregularidades por negligencia o impericia médica; en el cual se estableció en su Cláusula Cuarta los siguiente:

“CUARTA. EMISIÓN DE DICTÁMENES MÉDICOS INSTITUCIONALES.

En el caso de que la CNDH estime necesario contar con un dictamen médico institucional para conocer la existencia o no de mala práctica durante la prestación de los servicios médicos y una posible violación de derechos humanos, previa autorización de la persona usuaria podrá solicitar el mismo a la CONAMED por escrito.

Para tales efectos, deberá adjuntar las documentales y requisitos señalados por la CONAMED para que proceda a su emisión dentro de un periodo de noventa días hábiles.”

22. Se considera necesario mencionar lo anterior, toda vez que la determinación adoptada en el presente asunto se apoyó en lo resuelto en el Dictamen Médico

Institucional 79/2024 de 26 de junio de 2024, emitido por la Delegada Institucional de la CONAMED.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

23. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2023/17763/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a una vida libre de violencia obstétrica de QV y V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV y VI, atribuibles al personal médico del HR-12, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

24. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados

¹ CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.²

25. La constitución de la OMS³ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud pública cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

25.1. Disponibilidad: establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

25.2. Accesibilidad: garantizar que la atención médica y medicamentos que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

25.3. Aceptabilidad: lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

25.4. Calidad: que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

² La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

³ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

26. Del análisis realizado se advirtió que PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6 y PMR7, sin supervisión hospitalaria del PAD en su calidad de garantes según lo establecido en los artículos 32⁴ y 33, fracción II⁵, de la LGS, omitieron la adecuada atención médica prenatal QV y PG requerían, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida y una vida libre de violencia obstétrica, así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en agravio de QV y VI, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de QV y PG

❖ Antecedentes clínicos de QV

27. El caso de estudio es de QV, persona que al momento de los hechos contaba como dato clínico de relevancia ser secundigesta⁶, con cesárea previa, talla menor a 1.50 metros y peso corporal por debajo de 50 kilogramos, factores todos ellos de alto riesgo, lo que obligaba a considerar que el embarazo con que cursaba QV era de muy alto riesgo⁷.

⁴ 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.

⁵ Artículo 33. Las actividades de atención médica son: II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno

⁶ Embarazada por segunda vez.

⁷ La gestación en la que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el feto/recién nacido”.

❖ **Atención médica brindada a QV y PG en el HR-12**

28. El 09 de junio de 2023, QV fue atendida por primera vez en el HR-12 por PMR1, ocasión en la que contaba con embarazo de 24 semanas de gestación de su segundo embarazo, en esta consulta fue interrogada sobre sus antecedentes heredo familiares, personales patológicos, personales no patológicos, así como gineco-obstétricos, de los cuales se destacaba el antecedente de cesárea previa hacía 10 años sin especificar el motivo de la misma, lo cual era más que relevante, pues como previamente se refirió, si bien una cesárea como antecedente no indica que el siguiente embarazo se resuelva por cesárea, habrá indicaciones que sí obliguen a que en embarazos siguientes se considere la posibilidad de realizar la interrupción del embarazo nuevamente por vía abdominal.

29. De acuerdo a la opinión emitida en colaboración por la CONAMED, llama la atención la talla de QV ya que aún y cuando PMR1 no interrogó específicamente el motivo de la cesárea, atendiendo a su estatura, siendo el posible motivo por el cual se le realizara a la paciente la interrupción del embarazo por vía abdominal, pues previamente el tener una estatura menor a 1.50 metros se ha vinculado en la literatura médica de la especialidad⁸ con la realización cesáreas y si bien una talla baja no es indicación absoluta para para realizar una cesárea, sí en un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de que se efectúe este tipo de procedimiento, por lo que en el caso de mérito, QV al tener una estatura muy baja aún con un feto bajo de peso y más aún con un feto de peso promedio, se establecía un muy alto riesgo para que requiriera la realización de cesárea, además que se tenía que tener presente que el feto mismo tuviera riesgo de tener bajo peso, lo cual, como también se mencionó, se vincula no solo con la talla baja, sino con el bajo peso corporal de la gestante como también era el caso de QV ya que se reportó con un peso de 45 kilogramos.

⁸ Guzman, V; García, P; Liu, H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Rev Peruana de Ginecol. Obstet. 2001.

30. Posterior a dicha revisión, QV fue vista en tres ocasiones más (16 y 31 de agosto, 21 de septiembre de 2023) por PMR2, PMR3 y PMR 4 respectivamente en el servicio de Urgencias del HR-12, para “*valoración de embarazo*” por lo que desde el punto de vista médico, dichas atenciones pueden ser consideradas como consultas correspondientes a un control prenatal, razón por la cual no se cumplió con el mínimo de consultas que establece la NOM-De la atención de la mujer durante el embarazo, en la cual fue señalado que se deben promover como mínimo cinco consultas prenatales, circunstancia que no puede ser atribuida a elementos de mala práctica por parte de los médicos que la atendieron, sino a la tardía solicitud ya que la primera revisión fue solicitada hasta las 24 semanas de gestación.

31. No obstante, con lo hasta aquí señalado, se advierte que QV presentaba factores de riesgo que le conferían un muy alto puntaje de riesgo obstétrico, por lo que su embarazo debía ser clasificado y considerado como “*de muy alto riesgo*”; es decir, que su gestación tenía alta probabilidad de que pudiera presentar alguna complicación de la salud en la misma, el feto o la persona recién nacida; siendo de señalar a pesar de identificarse riesgo de complicación obstétrica, la atención prenatal otorgada no estuvo enfocada a los factores de riesgo que presentaba, lo que si bien no le generó daño alguno al binomio madre feto, no ponderó la necesidad de una vigilancia médica estrecha e incluso en un siguiente nivel de atención.

32. En lo que a la atención prenatal se refiere, apreciamos que las cuatro consultas de control prenatal que se le otorgaron QV, fueron deficientes con respecto a lo que la NOM-De la atención de la mujer durante el embarazo, vigente al momento de los hechos, ya que no se atendió y abundó a los datos de fondo uterino reportado, no se promovió la vacunación con toxoide tetánico, la lactancia y que acudiera acompañada; aunado a lo anterior, pero de mayor relevancia fue el hecho de que no se atendieron a los factores de

riesgo que tenía (edad materna de 38 años, talla baja [< 1.50 metros], peso bajo [< 50 kilogramos] y tener cesárea previa), siendo menester establecer que si bien todas estas deficiencias no incidieron directamente en la evolución del binomio madre-feto, pero denotan mala calidad en la atención obstétrica en un control prenatal de un embarazo catalogado como de alto riesgo.

33. De acuerdo a la nota médica del 23 de septiembre de 2023, emitida por PMR4, sin supervisión del personal médico de base como se analizará más adelante, QV contaba con 39 semanas de gestación y acudió por presentar “*aumento de dolor*”, lo que implicaría que QV ya presentaba este síntoma con anterioridad, lo cual, habitualmente en cualquier embarazo a término, se traduce en la presencia de contracciones uterinas, sin embargo, en la nota no se abundó al respecto y contradictoriamente se refirió que negaba “*actividad*” (sic-contractilidad) uterina, término que no es adecuado emplear ya que en estricto en obstetricia, actividad uterina es el producto de la intensidad de la contracción medida por la frecuencia de las mismas en un periodo de 10 minutos.

34. Aunado a lo anterior, en el caso de mérito, de acuerdo al Dictamen Médico emitido por la CONAMED, el peso estimado del feto teniendo un fondo uterino de 35 centímetros sería de 3,565 gramos, si la presentación estuviera por arriba del estrecho medio de la pelvis y de 3,720 gramos, si el feto estuviera por debajo del III plano Hodge; siendo de señalar que, si bien el peso calculado podría no ser tan elevado, era de tener en cuenta que la paciente tenía una cesárea previa, lo que ante la posibilidad de peso fetal estimado mayor de 3,500 gramos implicaba riesgo de desproporción cefalopélvica o distocia (parto difícil).

35. De acuerdo a la literatura médica especializada se habla de trabajo de parto cuando están presentes 2 o más contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración

(palpatoria), por un periodo mínimo de una hora acompañadas de modificaciones cervicales, por lo que en el caso de mérito era posible establecer que la paciente se encontraba en fases iniciales del trabajo de parto; en ese sentido, dado que QV presentaba contracciones con expulsión del tapón mucoso y a la exploración vaginal, cérvix con 2 centímetros de dilatación y 40% de borramiento, se puede establecer que la paciente se encontraba en el primero periodo de trabajo de parto (fase latente⁹).

36. En ese sentido, es importante señalar que desde el momento en que una paciente embarazada refiriere que presenta contractilidad uterina o se le identifican modificaciones cervicales; el binomio madre-feto deben ser vigilado de forma estrecha, particularmente este último, ya que la literatura médica de la especialidad señala que una vez que inician las contradicciones del trabajo de parto, el producto de la concepción experimenta episodios de hipoxia¹⁰, lo anterior por el hecho mismo que el útero mismo se queda sin irrigación con las contracciones uterina, y por ende, el feto está sometido a episodios intermitente y continuos de hipoxia relativa.

37. En ese sentido, no obra evidencia de que en el caso de QV se hubiera realizado valoración alguna más específica, a fin de establecer si aún y con la presencia de contracciones uterinas, el feto se encontraba en adecuado estado, esto mediante las denominadas pruebas de bienestar fetal (cardiotocográfico¹¹ y perfil biofísico¹²); estudios

⁹ Periodo en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación de hasta 3 centímetros y que en promedio duran 18 horas en pacientes nulíparas y en paciente múltiparas 12 horas, se caracteriza por contracciones de baja intensidad y frecuencia las cuales van en aumento lentamente.

¹⁰ Es la ausencia de oxígeno suficiente en los tejidos como para mantener las funciones corporales.

¹¹ Método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo y durante el trabajo de parto, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardiaca fetal, en condiciones basales, sin o con estrés materno, ni fetal, cuyo objetivo fundamental es la evaluación del estado de salud fetal durante la gestación y el trabajo de parto con el cual se pueden identificar a aquellos fetos que presumiblemente estén sanos, de los que posiblemente pueda estar en situación comprometida.

¹² Valoración de 5 parámetros fetales durante 30 minutos, 4 de ellos obtenidos mediante ultrasonido y un quinto parámetro a la realización de registro cardiotocográfico. La normalidad de cada uno de los parámetros suma 2 puntos y 0 puntos, si se evidencia su ausencia.

que como su nombre indica, permiten determinar el estado de salud del feto.

38. Por lo anteriormente expuesto, de acuerdo al dictamen médico en colaboración por CONAMED, fueron apreciadas deficiencias en la atención otorgada a QV el 23 de septiembre de 2023, en el área de Urgencias en el HR-12, al no atender los factores de riesgo con los que contaba la paciente, pero sobre todo por no efectuar pruebas de bienestar fetal y no establecer un plan de resolución ante pacientes con embarazo de 39 semanas de gestación en trabajo de parte en fase latente con cesárea anterior; deficiencias, que si bien no generaron daño alguno al binomio madre-feto, ya que se presentaron revisiones posteriores, denotan mala calidad en la atención otorgada en un embarazo catalogado como de alto riesgo.

39. El 24 de septiembre de 2023, QV fue valorada nuevamente en el servicio de Urgencias por PMR5, de dicha valoración se estableció que “*no había datos de alarma obstétrica*”, circunstancia que de acuerdo al dictamen médico institucional con el que se cuenta, no era correcto, ya que no fue ponderado que a pesar de haber transcurrido 26 horas y media desde la última revisión, un día antes como fue referido en líneas que anteceden había progresión del trabajo de parto; con lo que se estaba omitiendo realizar el diagnóstico de una fase latente prolongada, lo anterior, no bajo el criterio de una paciente secundigesta¹³ sino como el de una paciente nulípara¹⁴, esto derivado del tiempo transcurrido desde el primer embarazo (11 años) y que de acuerdo a lo establecido en la literatura médica de la especialidad¹⁵ cuando el periodo intergenésico¹⁶ el comportamiento es como del de una nulípara por lo que en el caso de QV además del

¹³ Mujer embarazada por segunda ocasión.

¹⁴ Mujer que nunca ha dado a luz un producto gestacional.

¹⁵ Guía Perinatal 2015. Subsecretaría de Salud Pública, Programa Nacional Salud de la Mujer. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.

¹⁶ Tiempo que transcurre desde el nacimiento de un feto hasta la fecha de la última menstruación de un siguiente embarazo)

diagnóstico de fase latente prolongada se debía atender a la posibilidad de alguna distocia de la contracción¹⁷ o incluso una desproporción cefalopélvica.

40. Por lo anterior el personal médico que revisó a QV, estaba obligado a atender lo que señala la literatura médica ante una fase latente prolongada, donde la primera intervención debe ser ingresar a la paciente para verificar las condiciones de bienestar del binomio madre-feto, una vez confirmadas las condiciones de este último, la propia literatura médica señala dos opciones terapéuticas; 1.- Mantener a la paciente sin intervención médica/farmacológica o con sedación. 2.- Efectuar estimulación con oxitocina (prueba de tolerancia a la oxitocina) a fin de favorecer contracciones uterinas y con ello valorar si estas son regulares, de adecuada intensidad y suficientes para generar modificaciones cervicales (dilatación y borramiento), pero simultáneamente se valora la respuesta del feto a las contradicciones, habitualmente es útil en multíparas.

41. Adicionalmente, en el caso en concreto, era fundamental investigar el antecedente del porqué se le había realizado la primera cesárea en 2013, era fundamental conocerlo, ya que de contarse con una pelvis adecuada se estaba obligado a realizar la denominada “prueba de trabajo de parto”¹⁸, debiendo ser menester diferenciarla de la “prueba con estrés” en la cual se estimula la aparición de contracciones uterinas aplicando oxitocina vía intravenosa a efecto de simular un trabajo de parto y en la cual se realiza el monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca del feto.

42. Al igual que la valoración del 21 de septiembre de 2023 por PMR4, no se estableció ninguna de las valoraciones previamente señaladas, sin que pase por alto que aún y cuando, dicho servicio no es Gineco-Obstetricia, las alteraciones obstétricas, son parte

¹⁷ Trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto

¹⁸ Evaluación que se realiza a efecto de determinar si una paciente embarazada es capaz de tener un parto o bien si es necesario realizar una cesárea

de los conocimientos básicos de un médico general, y más aún de personal médico familiar, ya que en dicha especialidad se les capacita para la identificación oportuna de problemas de trabajo de parto, debiéndose precisar que si bien es cierto un médico familiar no va a establecer el plan de resolución del embarazo, también lo es que le obligaba aún más a ingresarla para su valoración obstétrica a fin de que dicho servicio tomara las determinaciones de cómo resolver el embarazo que para ese momento era ya de término, ya que contaba con 39.2 semanas de gestación y se tenían más de 26 horas de haber sido identificada en trabajo de parto de forma latente.

43. Lo anteriormente expuesto, desde el punto de vista médico, evidencia una mala práctica en la atención otorgada el 24 de septiembre de 2023, por no ingresa a QV para vigilancia estrecha del binomio madre feto, en el entendido de que se trataba de un embarazo de muy alto riesgo por diversos factores (edad materna, talla materna, peso materno, cesárea previa y fase latente prolongada). No haber identificado que QV cursaba con fase latente prolongada, obligaba efectuar prueba de trabajo de parto y dependiendo de la misma establecer la mejor vía de resolución del embarazo, resolución que si bien no era obligada para el residente de Medicina Familia, sí era su obligación el haber ingresado a QV para solicitar interconsulta con Ginecología y Obstetricia; es importante precisar, que si bien estos elementos de mala práctica no generaron un daño directo a la madre, sí retraso la resolución del embarazo, con lo que expuso al feto a un mayor periodo de episodios de hipoxia intrauterina¹⁹, circunstancia que contribuyó a que se presentara compromiso en el bienestar fetal, y con ello, el fallecimiento in útero del mismo.

44. El 25 de septiembre de 2024, QV fue valorada por PMR5 y PMR6 en el área de Urgencias del HR-12, debido a la falta de motilidad fetal, ya que al despertar ese día ya

¹⁹ Falta de oxígeno en los tejidos antes, durante y después del parto.

no percibió movimientos fetales por lo cual se le encontró en cabeza, cuello y tórax sin alteraciones, abdomen globoso, con útero gestante sin contractilidad uterina, fondo uterino de 32 centímetros, producto único, cefálico, longitudinal, dorso derecho, sin frecuencia cardiaca fetal; de dicha valoración, se estableció el diagnóstico de embarazo 39 sdg por ultrasonido extrapolado del primer trimestre, óbito²⁰, cervicovaginitis, indicándose su ingreso y solicitando interconsulta en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

45. Derivado de los anteriores resultados y después una valoración médica fue practicada cesárea a QV, la cual desde el punto de vista médico estaba indicado y justificado dado el antecedente de cesárea previa que tenía, la desproporción cefalopélvica que por la valoración clínica se detectó y la falta de progresión del trabajo de parto, indicativo de una posible distocia de contracción.

46. Adicionalmente, se apreció que la atención otorgada el 25 de septiembre de 2023 a QV, en el servicio de Obstetricia, estuvo en apego a lo que establece en la literatura médica de la especialidad, al atender a la ausencia de la frecuencia cardiaca fetal, realizar rastreo ultrasonográfico con el cual se confirmó la muerte fetal, por el cual indicó realización de cesárea, identificando riesgos; sin perjuicio de lo expuesto se apreciaron deficiencias al establecer que no se podía inducir un parto por el antecedente de cesárea previa y no por la desproporción céfalo-pélvica que presentaba; deficiencias que si bien no generaron daño en QV, sí denota la falta de supervisión por médicos de base o autoridades hospitalarias, con respecto a las actividades que efectúan médicos residente como se analizará más adelante.

²⁰ El óbito fetal, es la muerte fetal intrauterina.

47. Atendiendo a la información de la que se dispuso y tomando en consideración las deficiencias en la atención otorgada a QV, de acuerdo a la determinación médica emitida en colaboración por la CONAMED, fue posible concluir que la causa de la muerte fetal intrauterina ocurrió en un contexto de antecedente de fase latente prolongada e hipomotilidad sin atención médica oportuna por falta de asistencia a revisión, vinculado todo ello como hipoxia fetal aguda²¹ que dio origen a un síndrome de aspiración de meconio²² que condicionó la muerte fetal in útero.

48. Finalmente fue apreciado que la atención otorgada a QV los días 25 y 26 de septiembre de 2023 en el periodo inmediato y mediano, estuvo en apego a lo que establece la literatura médica especializada, no obstante, sin perjuicio de lo expuesto se identificó deficiencia al no haber prescrito inhibidor de lactancia, y por el contrario, indicar “lactancia a libre demanda” siendo que el feto falleció, que de nueva cuenta se reitera no puede ser atribuible al médico residente que regresó a la paciente sino a las autoridades hospitalarias al permitir la actuación sin supervisión por dicho personal en formación.

A.2. Personas Médico Residentes

49. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

²¹ Etapa temprana de asfixia al nacer el feto.

²² Dificultad respiratoria.

50. En el dictamen médico emitido por la CONAMED se determinó que la atención médica otorgada a QV en el HR-12, quien otorgó el manejo en su totalidad fueron médicos residentes de las especialidades de Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia y Anestesiología de cuya actuación, se identificaron deficiencias y elementos de mala práctica que produjeron un retraso en la resolución del embarazo, que expuso a un mayor periodo de episodios de hipoxia intrauterina, contribuyendo al fallecimiento de PG.

51. Ahora bien, no pasa desapercibido que, por cuanto hace a la valoración realizada por PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6 y PMR7, no se encuentra registro de la presencia de personal médico adscrito que supervisara sus actividades; al contrario, de la información proporcionada por PAD, se advirtió que el personal becario no contaba con médico adscrito al servicio de Urgencias ni Obstetra de base; de dicha información que la autoridades hospitalarias permitieron la actuación sin supervisión de dicho personal en supervisión, razón por la cual la actuación de dicha persona servidora pública deberá ser susceptible de investigación a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 9.3.1 y 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se especifica que el profesor titular y adjunto deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; y que los médicos residentes deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto; y contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

52. Las etapas del embarazo, parto y puerperio constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad, además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

53. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la OMS ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento.

54. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[...] la violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto [...]”

55. Los artículos 2 y 5 fracción IV, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, acotan que ésta se refiere a cualquier acción u omisión basada en su género, por lo cual es obligación de los tres órdenes de gobierno, asegurar a todas las mujeres el ejercicio de ese derecho. La violencia contra la mujer como violación de

los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer, está prohibida por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

56. Se hace referencia, además, de la vulneración de QV en sus derechos desde la perspectiva de género, partiendo de lo establecido en la Recomendación General No. 19/1992, emitida por el Comité de la CEDAW, en la que se declaró que, la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación dirigida a dicho grupo poblacional y que las afecta de manera desproporcionada. Mismo que refiere, aplica a la violencia perpetrada por las autoridades. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado, en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos y otros convenios.

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

58. La LGS, en el artículo 61, fracción I, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, en la Recomendación General 31/2017, emitida por este Organismo Nacional el 31 de julio de 2017, se estableció que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer y conlleva, entre otros, la afectación al derecho humano a la integridad personal en su aspecto físico como psicológico.

59. En el párrafo 90, de la precitada Recomendación se establecieron dos modalidades de la violencia obstétrica: a) la física, se configura cuando “se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; y b) la psicológica se presenta cuando el trato a la paciente es “(...) deshumanizado, grosero (...) cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica.

60. A nivel internacional, el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayuda especiales.

61. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, establece en sus artículos 1, 3, 4, incisos a), 7, inciso a) y b), 8, inciso a) y 9, el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación

de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada, e igualmente fomentará el conocimiento y observancia de dicho derecho humano.

62. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica: (...) el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.

63. En ese sentido, la OMS en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que, “(...) el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...)”.

B.1. Violaciones al derecho humano a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de QV

64. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6 y PMR7, sin la supervisión hospitalaria de PAD, ejercieron violencia obstétrica en agravio de QV al omitir proporcionarle una atención médica prenatal integral con oportunidad, seguridad y calidad, exponiéndola, con sus omisiones, a riesgos innecesarios, que afectaron de manera definitiva a QV y PG.

65. Cabe destacar que, conforme al Dictamen Médico Institucional emitido por personal de la CONAMED, no fueron considerados los factores de riesgo que presentó QV como fueron edad materna de 38 años, talla baja [< 1.50 metros], peso bajo [< 50 kilogramos] y tener cesárea previa, denotan mala calidad en la atención obstétrica en un control prenatal de un embarazo catalogado como de alto riesgo.

66. Estas omisiones colocaron a QV en un riesgo innecesario, en una etapa de especial vulnerabilidad, pues aunado a ello, no fue llevada a cabo una vigilancia puntual sobre el binomio madre-feto, que permitiera su valoración por interconsulta de las especialidades en Ginecología y Obstetricia, malas practicas que si bien no generaron un daño directo a QV, sí generaron un retraso en la resolución del embarazo exponiendo a PG a un mayor periodo de hipoxia que contribuyó a su fallecimiento.

67. En consecuencia, se contravinieron las disposiciones de la NOM-Para la atención de la mujer en el embarazo, por lo que debió atenderse el bienestar físico de QV, partiendo del respeto a sus derechos humanos, lo que, al no haber sucedido, vulneró su derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

68. La CEDAW ha referido que la violencia de género, “no se trata de casos aislados, esporádicos o episódicos de violencia, sino de una situación estructural y de un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidades” y que estas situaciones de violencia están fundadas “en una cultura de violencia y discriminación basada en el género”.

69. Este tipo de discriminación puede, indudablemente, afectar la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva que ha sido históricamente

limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales.

70. En ese orden de ideas, la CrIDH ha hecho hincapié en el rol de importancia que tienen los médicos y otros profesionales de la salud en salvaguardar la integridad personal que se encuentran en los hospitales; además, ha referido que en entornos institucionales tales como hospitales públicos o privados, el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o poder sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia, siendo un espacio óptimo para que los pacientes reciban tratos crueles, inhumanos y degradantes.

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

71. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

72. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,²³ consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”²⁴

73. Por su parte, la CrIDH²⁵ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una guía para el tratamiento médico, para conocer el estado de la persona enferma y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben

²³ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

²⁴ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

²⁵ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.²⁶

74. De igual forma, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

75. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho humano de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.²⁷

76. También se ha establecido que el derecho humano a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el

²⁶ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

²⁷ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁸

77. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de QV que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de QV en el HR-12

78. Del expediente clínico formado en el HR-12 por la atención médica que se le brindó a QV, este Organismo Nacional advirtió en el Dictamen Médico emitido en colaboración por la CONAMED que en las consultas de control prenatal, durante su atención en el servicio de Urgencias, así como durante la resolución del embarazo; si bien es cierto, la gran mayoría de las notas médicas cumplen con lo básico que establece la normatividad respecto de los puntos que debe contener la misma, también lo es que muchas de ellas no cuentan con la hora en que fueron elaboradas, así como algunas otras no cuentan con nombre completo y firma autógrafa, electrónica o digital de quien elaboró.

79. Aunado a lo anterior en la gran mayoría se emplearon múltiples abreviaturas, así como obra en evidencia que se efectuó la acción de “copiado y pegado”, dicha circunstancia fue identificada a la lectura por la repetición exacta de párrafos, particularmente en lo que al reporte de estudios de gabinete y estudios de laboratorio se refiere, lo anterior, denota la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico.

²⁸ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

80. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.²⁹

81. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persiste en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

82. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

D. AFECTACIÓN AL PROYECTO DE VIDA

83. De acuerdo con la CrIDH, se concibe como proyecto de vida a

(...) 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 (...) se asocia al concepto de realización

²⁹ Como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad³⁰.

84. En ese sentido, es a través de la libertad de elección, que la persona le da sentido a su existencia, considerando sus aptitudes, circunstancias, aspiraciones, el fijarse metas y poder acceder a ellas.

85. No obstante, cuando un hecho violatorio de derechos humanos interrumpe o impide las posibilidades de desarrollo o cambia el curso de la vida de una persona, en ocasiones en forma irreparable, se daña su proyecto de vida, debido a que estos hechos “cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”.³¹

86. Por ello, es deber del Estado no sólo reconocer el daño causado al proyecto de vida de una persona, sino que, en la medida de lo posible, repararlo, a través de los medios adecuados para ello, a fin de que la víctima tenga la posibilidad de retomar su vida y cuente con los recursos suficientes que le permitan garantizar su sostenibilidad.

87. En el presente caso, los actor y omisiones atribuibles al PAD, causaron un daño en el proyecto de vida de QV, pues de haberse abordado de manera adecuada y atendido oportunamente, se pudo haber evitado la muerte de PG. De las evidencias con que cuenta este Organismo Nacional se pudo advertir que QV fue afectada en su estado

³⁰ CrIDH. Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párrafos 147 y 148.

³¹ *Ibíd.*, párrafo 149.

emocional con motivo de los hechos analizados, además de limitar su capacidad reproductiva tomando en consideraciones los factores de riesgo señalados con anterioridad (edad materna, talla y peso). Por ello, al verse limitada en recibir atención médica correspondiente, existe una vulneración al proyecto de vida de QV, pues si bien es cierto, de acuerdo a sus manifestaciones puede embarazarse de nueva cuenta, también lo es que, factores de riesgo como los ya señalados, pudieran condicionar la posibilidad de ejercer su derecho a la maternidad.

88. Aunado a lo anterior, no pasó desapercibido para este Organismo Nacional que de las propias manifestaciones vertidas por QV se advierte el temor de volverse a embarazar con motivo de los comentarios que le hizo el PD del propio instituto en el sentido que si se volvía a embarazar ni se le ocurriera regresar a la unidad médica relacionada, circunstancias que es evidente generó un temor fundado en ejercer su derechos reproductivos y consecuentemente de maternidad que necesariamente impacta en su proyecto de vida.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad institucional

89. Conforme a lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 1o. de la Constitución Política, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

90. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el numeral constitucional citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

91. 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.

92. Adicionalmente, se pudo establecer responsabilidad institucional derivado de la inadecuada actuación del personal médico, por serias deficiencias en el llenado de las notas médicas que se formularon a la revisión de QV, inobservando con ello la NOM-del Expediente Clínico, en sus numerales 5.10 y 5.11.

93. De igual manera se advirtió la falta de personal médico adscrito al servicio de Urgencias y Obstetricia de base en el HR-12 que supervisara las actividades médicas efectuadas por el personal médico en formación para la atención de QV, lo que conlleva

a la inobservancia de la NOM-De educación en salud en sus numerales 9.1³² y 9.3³³.

94. La falta de diligencia y supervisión por parte del PAD culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica como se constató en las consideraciones del Dictamen Médico Institucional elaborado por la CONAMED, con base en lo siguiente:

94.1. PMR1, PMR2, PMR3, quienes atendieron a QV en cuatro consultas de control parental (9 de junio, 16 y 31 de agosto y 21 de septiembre de 2023), actuaron de manera deficiente ya que no atendieron y abundaron a los datos de fondo uterino reportado, no se promovió la vacunación con toxoide tetánico, la lactancia y que la paciente acudiera acompañada; aunado a ello, no se atendieron los factores de riesgo que tenía la paciente (edad, talla baja, peso bajo y tener cesárea previa), denotando una mala calidad en la atención obstétrica en un control prenatal de un embarazo catalogado de alto riesgo.

94.2. El 23 de septiembre de 2023, PMR4 no atendió los factores de riesgo con lo que contaba el paciente (edad, talla baja, peso bajo y tener cesárea previa), pero sobre todo por no efectuar pruebas de bienestar fetal y no establecer un plan de resolución ante paciente con embarazo de 39 semanas de gestación en trabajo de parto en fase latente con cesárea anterior, deficiencias que denotaron

³² Artículo 9.1 Recibir educación de posgrado en un ambiente de respeto a sus derechos humanos, equidad e igualdad de acuerdo con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del Personal Titular y adjuntos, el jefe de servicio. Los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto.

³³ Artículo 9.3 Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad médica receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias.

nuevamente la mala calidad en la atención otorgada en un embarazo catalogado como de alto riesgo.

94.3. El 24 de septiembre de 2023, PMR5 no ingresó a QV a la paciente para vigilancia estrecha del binomio madre-feto, en el entendido que se trataba un embarazo de alto riesgo por los factores ya señalados previamente, no haber identificado que la paciente cursaba con fase latente prolongada, era obligado efectuar prueba de trabajo de parto y dependiendo de la misma establecer la mejor vía de resolución del embarazo, por lo cual se debió haber solicitado interconsulta a Ginecología y Obstetricia, ya que existió un retraso en la resolución del embarazo, lo que puso al feto en un mayor periodo de episodios de hipoxia intrauterina, lo que contribuyó a que se presentara compromiso en el bienestar fetal y con ello, el fallecimiento in útero del mismo.

94.4. El 25 de septiembre de 2023, a la valoración médica de QV por parte de PMR6 y PMR7, se estableció la ausencia de frecuencia cardíaca fetal, por lo cual se realizó un rastreo ultrasonográfico con el cual se confirmó la muerte fetal y con ello se indicó la realización de cesárea, sin embargo, fueron identificadas deficiencias al establecer que no se podía inducir un parto por antecedente de cesare previa y no por la desproporción céfalo-pélvica que tenía la paciente.

95. Asimismo, la CNDH advirtió con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas que han sido señaladas en la presente, también incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que del análisis a la documentación del expediente clínico, se advirtió la omisión de otorgar una adecuada atención médica prenatal a QV, por no estar enfocada a los factores de riesgo que presentaba, por tanto, la atención médica brindada en el HR-12 no cumplió

con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Para la atención de la mujer durante el embarazo, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

96. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, 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 del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

97. Para tal efecto, de conformidad con los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 75, fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida

libre de violencia obstétrica de QV y PG, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV y VI, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

98. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, de las Naciones Unidas; así como diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

99. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH enunció que:

... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”³⁴

³⁴ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

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

i. Medidas de rehabilitación

101. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, 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 los servicios jurídicos y sociales.

102. Por ello el IMSS, en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberán proporcionar en su caso a QV y VI atención psicológica y/o tanatológica 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 QV y VI, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

103. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27,

fracción III, 64 y 65 de la LGV, consiste en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.”³⁵

104. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV, así como de VI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV y VI, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

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

³⁵ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

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

iii. Medidas de satisfacción

107. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la LGV, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

108. De ahí que el IMSS deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento al Expediente 1 iniciado con motivo de la vista presentada por esta Comisión Nacional ante OIC-IMSS, por las omisiones atribuibles al PAD adscritos al HR-12, a fin de que, de ser el caso, considere lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad

con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, corresponderá a dicha instancia llevar a cabo las acciones conducentes en el ámbito de su competencia, a fin de determinar las responsabilidades administrativas respectivamente. Ante ese respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación al Expediente 1 iniciado; ello a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio tercer.

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

110. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consiste en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

111. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad,

aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud y a una vida libre de violencia obstétrica, en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Para la atención de la mujer durante el embarazo, la NOM-Del Expediente Clínico, así como la NOM-De educación en salud, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias y Gineco Obstetricia del HR-12, en particular del PAD de dichos servicios en caso de continuar activo laboralmente en dicho Instituto, deberá incorporarse a dicha capacitación a PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6 y PMR7, ello con la finalidad de prevenir de manera integral hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

112. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias y Gineco Obstetricia del HR-12 que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la NOM-Para la atención de la mujer durante el embarazo, así como las disposiciones de la NOM-Del Expediente Clínico y de la NOM-De la educación en salud, dirigido al personal médico a efecto de que las personas reciban una valoración interdisciplinaria por personal médico que este capacitado y sensibilizado con la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; además de ser evaluados de manera integral en los aspectos emocional, psicológico y en sus redes de apoyo para la realización y cumplimiento del tratamiento, así como se garantice la presencia de personal médico de base en las especialidades ya señaladas para la supervisión de las actividades desempeñadas por los médicos residentes y finalmente para la integración del expediente clínico y adecuada atención

médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto sexto recomendatorio.

113. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

114. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV, así como de VI, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen

correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV y VI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QV y VI, atención psicológica y/o tanatológica 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 QV y VI, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que 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 les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaboren ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento al Expediente 1 iniciado con motivo de la vista presentada por esta Comisión Nacional ante OIC-IMSS, por las omisiones atribuibles al PAD adscritos al HR-12, a fin de que, de ser el caso, considere lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, corresponderá a dicha instancia llevar a cabo las acciones conducentes en el ámbito de su competencia, a fin de determinar las responsabilidades administrativas respectivamente. Ante ese

respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación al Expediente 1 iniciado.

CUARTA.- Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección a la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, en términos de la legislación nacional; así como la debida observancia y contenido de la NOM-Para la atención de la mujer durante el embarazo, la NOM-Del Expediente Clínico, así como la NOM-De educación en salud, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias y Gineco Obstetricia del HR-12, en particular al PAD relacionado con los hechos en caso de continuar activo laboralmente en dicho Instituto, así mismo deberá incorporarse a dicha capacitación a PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6 y PMR7, ello con la finalidad de prevenir de manera integral hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico de los servicios de Urgencias y Gineco Obstetricia del HR-12 que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la NOM-Para la atención de la mujer durante el embarazo, así como las disposiciones de la NOM-Del Expediente Clínico y dela NOM-De la educación en salud, dirigido al

personal médico a efecto de que las personas reciban una valoración interdisciplinaria por personal médico que este capacitado y sensibilizado con la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; además de ser evaluados de manera integral en los aspectos emocional, psicológico y en sus redes de apoyo para la realización y cumplimiento del tratamiento, así como se garantice la presencia de personal médico de base en las especialidades ya señaladas para la supervisión de las actividades desempeñadas por los médicos residentes y finalmente para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondiente. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SIXTA. Designen 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.

115. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley; así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

116. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

117. En base al fundamento jurídico previamente señalado, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

118. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM