

RECOMENDACIÓN NO. 008/2026

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA SALUD MATERNA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD OBSTÉTRICA DE QV1, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y AL PROYECTO DE VIDA DE QV1 Y VI1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO” Y EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”, AMBOS DEPENDIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2026.

**TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Apreciable titular:

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/4/2023/13582/Q**, relacionado con la atención brindada a QV1.

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; 64 y 115, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 10, 11 y 12 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Objetos 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, son las siguientes:

Denominación	Claves
Persona Quejosa Víctima	QV1
Persona Víctima Indirecta	VI1
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Semanas de gestación	SDG
Queja Médica ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS sobre el caso de QV	Queja Médica
Expediente por queja interpuesta ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	EAM
Expediente integrado en la Oficina Regional No. 12 del OIC – IMSS con motivo de la vista formulada por esta CNDH respecto de los hechos de QV1	IA

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:

Denominación	Siglas/acrónimos/abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Nacional/ CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Víctimas	LGV
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	LGAMVLV
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Lineamiento Técnico: Cesárea Segura	LTCS
Lineamiento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia	LTPE
Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	LTTO
Unidad Médico Familiar No. 14	UMF 14
Hospital General de Zona No. 2 “Francisco del Paso y Troncoso”, en la Ciudad de México.	HGZ No. 2
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”, en la Ciudad de México.	HGO No. 3
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
Guía de implantación Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro	GMAM
Guía de Práctica Clínica IMSS-058-08 Detención, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en	Guía IMSS-058-08

los tres niveles de atención, el Lineamiento Técnico: Prevención Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia	
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-052-19 Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo	GPC-IMSS-052-19
Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-028-08. Control prenatal con atención centrada en la paciente	GPC-IMSS-028-08
Guía IMSS-567-12 Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único	GPC-IMSS-567-12
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS

I. HECHOS

5. El 15 de agosto de 2023, esta Comisión Nacional recibió la queja presentada por QV1, en la que refirió presuntos actos y omisiones en su agravio, atribuibles a personal médico del HGZ No. 2. Señaló que el 9 de agosto de 2023 acudió al área de Urgencias de dicho hospital por presentar un embarazo de 38 SDG, manifestando que comenzó con contracciones que, si bien no eran dolorosas, provocaban endurecimiento abdominal y sensación de punzadas en la parte baja y en un costado. Indicó que el personal médico le realizó un ultrasonido, y que tras valorar que las contracciones uterinas no eran constantes ni efectivas para iniciar el trabajo de parto, se determinó otorgarle el alta médica.

6. El 10 de agosto de 2023, regresó al HGZ No. 2 debido a que presentó hinchazón en los pies y contracciones sin dolor, describiendo únicamente sensación de piquetes, el personal médico destacó que se identificó un fondo uterino anormal, no correspondiente con la edad gestacional esperada por lo que se solicitó ultrasonido con la indicación de “regresar una vez que se tuvieran los resultados”, por lo que ante la ausencia de contracciones uterinas efectivas y de signos de alarma obstétrica, se le diagnosticó falso trabajo de parto. En consecuencia, se indicó su alta médica con cita abierta a Urgencias.

7. Más tarde, ese mismo día, QV1 acudió con el resultado del ultrasonido obstétrico. El personal del HGZ No. 2 la reportó con signos vitales dentro de los parámetros normales y, al no documentarse alteraciones derivadas de la exploración física ni del estudio de gabinete, omitiendo tomar en cuenta la tensión elevada (resultado de una posible enfermedad hipertensiva derivada del embarazo, consideración de antecedentes heredofamiliares, etcétera), por lo que se le otorgó alta del servicio de Urgencias, con cita abierta ante la presencia de datos de alarma y revaloración programada en una semana.

8. Alrededor de las 17:00 horas fue valorada por AR3 quien reportó exploración física con parámetros normales durante la fase inicial del trabajo de parto con movimientos fetales adecuados y pelvis viable para trabajo de parto realizando registro cardiográfico con trazo sin alteraciones.

9. El 11 de agosto de 2023, QV1 acudió por cuarta ocasión a las instalaciones del HGZ No. 2 por presentar contracciones uterinas. Durante la valoración, se reportaron entre 02 y 04 contracciones, por lo que fue clasificada con color amarillo y canalizada al consultorio de urgencias. Se reportó feto único vivo, con actividad uterina irregular, signos vitales maternos y frecuencia cardíaca fetal dentro de parámetros normales, así como modificaciones cervicales compatibles con fase latente del trabajo de parto. Se le indicó acudir a cita de valoración en 8 horas, o antes, en caso de presentar datos de alarma, lo que para ese entonces ya representaba el transcurso de 43 horas desde su primer arribo al nosocomio (área de Urgencias) el 10 de agosto de 2023.

10. Ese mismo día, QV1 decidió trasladarse al HGO No. 3 debido a la persistencia e incremento del dolor obstétrico, el cual refirió como “insoportable”. Fue ingresada al área de Tococirugía, donde se le practicó una exploración física que reportó feto único vivo, sin evidencia de urgencia obstétrica o quirúrgica. Se le realizó un estudio cardiotocográfico para monitorear al producto de la gestación, el cual arrojó un

descenso en la frecuencia cardiaca fetal, que reportó bradicardia fetal, con dificultad para la recuperación de la frecuencia cardiaca, lo que indicó *“la Pérdida del Bienestar del Producto de la Gestación”* y por consiguiente sufrimiento fetal, realizándose reanimación fetal intrauterina sin suministro de medicamentos que disminuyeran las contracciones uterinas, posteriormente se realizó intervención quirúrgica de cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal con indicación de cesárea Robson I, reportándose la obtención de un recién nacido sin frecuencia cardiaca fetal y con presencia de nudo verdadero, es decir una situación en la que el cordón que conecta al producto con la placenta se enreda y forma un nudo, consecuencia de los movimientos fetales naturales así como del sufrimiento fetal presentado.

11. En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2023/13582/Q**, con el propósito de documentar las posibles violaciones a los derechos humanos de QV1, se solicitó diversa documentación al IMSS, incluyendo los expedientes clínicos radicados en las unidades involucradas, cuya valoración lógica-jurídica, es objeto de análisis en el capítulo de “Observaciones y Análisis de las Pruebas” de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de queja presentado en esta CNDH por QV1 el 15 de agosto de 2023, mediante la cual relató las presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio, por parte del personal médico adscrito al HGZ No. 2 y al HGO No. 3.

13. Correo electrónico de 10 de octubre de 2023, por medio del cual personal del IMSS remitió a esta CNDH el informe sobre los hechos de QV1 y adjuntó el expediente clínico de QV1, sobre la atención médica recibida, mismo que comprende entre otras, las siguientes constancias:

➤ **Atención médica recibida en el HGZ No. 2**

13.1 Resumen Clínico de 31 de julio de 2023 a las 12:43 horas;

13.2 Nota médica inicial de Urgencias de 10 de agosto de 2023 a las 05:50 horas, suscrita por AR1; nota médica inicial de Urgencias de 10 de agosto de 2023 a las 09:27 horas, suscrita por AR2; nota médica inicial de Urgencias de 10 de agosto de 2023 a las 05:19 horas, suscrita por AR3;

13.3 Hoja de clasificación de pacientes (Triage Obstétrico¹) de 11 de agosto de 2023 a las 19:25 horas, suscrita por personal de Enfermería del HGZ No. 2; y nota médica inicial de Urgencias de 11 de agosto de 2023 a las 19:37 horas, suscrita por AR4;

➤ **Atención médica recibida en el HGO No. 3**

13.4 Nota de Urgencias de 11 de agosto de 2023 a las 21:22 horas y hoja de Triage Obstétrico de 11 de agosto de 2023 a las 21:01 horas, suscritas por AR5;

13.5 Nota prequirúrgica de 11 de agosto de 2023 a las 22:40 horas, suscrita por AR6;

13.6 Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 11 de agosto de 2023 a las 22:10 horas, suscrita por AR6 y PSP1.

13.7 Nota postquirúrgica resumida de 12 de agosto de 2023 a las 01:00 horas, suscrita por PSP1 y nota de evolución y envió a piso recuperación de 12 de agosto de 2023 a las 03:45 horas, suscrita por personal de nombre ilegible;

¹ Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido.

13.8 Nota de evolución de Perinatología² de 13 de agosto de 2023 a las 05:44 horas, suscrita por PSP3 y del 14 de agosto de 2023 a las 08:06 horas;

13.9 Nota de alta hospitalaria de 14 de agosto de 2023 a las 16:50 horas, suscrita por AR7 y nota de evolución de Perinatología de la misma fecha a las 07:26 horas;

13.10 Certificado de Muerte Fetal de fecha 12 de agosto de 2023 con número de folio 211011119, expedido por el HGO No. 3, que contiene las causas de muerte fetal, Nudo Verdadero e interrupción de la circulación Materno Fetal.

14. Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de 30 de abril de 2024, emitida por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a QV1 en el HGZ No. 2 y HGO No. 3 fue inadecuada, teniendo por consecuencia la pérdida del producto de la gestación.

15. Acta Circunstanciada de 27 de septiembre de 2024, que hace constar la comunicación telefónica sostenida de personal de esta CNDH con QV1, en la cual proporciona los datos de VI1, asimismo, señaló aspectos relacionados a su proyecto de vida, así como al de VI1.

16. Acta Circunstanciada de 16 de octubre de 2024, mediante la cual se hace constar la comunicación telefónica con personal de la Coordinadora de Programas, Unidad de Derechos Humanos del IMSS, quien informó que, a esa fecha, no se contaba con antecedentes de algún procedimiento de investigación ante el OIC - IMSS.

² También conocida como medicina materno-fetal, es una rama de la medicina que se enfoca en el cuidado de la madre y el feto durante el embarazo, el parto y los primeros días después del nacimiento.

17. Oficio de 19 de marzo de 2024, por medio del cual se citó a QV1 y VI1 en las oficinas que ocupa la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por el EAM generado con motivo de la queja presentada por los hechos descritos en esta Recomendación.

18. Oficio SABG/OICGYR/AIDI12/3050/2025 de 13 de junio de 2025 remitido por el OIC – IMSS, mediante el cual informó a esta CNDH el estado que guarda la Queja Médica iniciada con motivo de los hechos de QV1 en la Coordinación de Atención a Quejas y Caos Especiales del IMSS y adjuntó el siguiente documento:

18.1 Acuerdo de 14 de febrero de 2024, emitido en la Queja Médica, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, en el que declaró improcedente la queja de QV1, desde el punto de vista médico.

19. Dos actas circunstanciadas de 26 de junio de 2025 en las que se hace constar las gestiones realizadas por personal de esta CNDH a fin de conocer el estado que guarda la vista que formuló por los hechos de QV1 en el OIC- IMSS.

20. Acta circunstanciada de 26 de junio de 2025 sobre la comunicación que personal de esta CNDH estableció con QV1, en la que se hace constar aspectos sobre su proyecto de vida y el de VI1.

21. Acta circunstanciada de 27 de junio de 2025 en la que se hace constar la comunicación establecida entre el personal de esta CNDH y el OIC- IMSS respecto de la IA e informó que la investigación administrativa se encuentra en proceso.

22. Oficio SABG/OICGYR/AIDI12/3390/2025 del 30 de junio de 2025 remitido por el OIC – IMSS, mediante el cual informó a esta CNDH que, con motivo de la vista formulada por esta Comisión Nacional, se radicó el IA.

23. Dictamen de investigación de queja médica de 22 de enero de 2024, emitido por la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS,

relacionado con los hechos materia de la presente Recomendación, mediante el cual se concluyó que la queja de QV1 es improcedente desde el punto de vista médico y administrativo.

24. Oficio número SABG/OICGYR/AIDI12/4052/2025 de 11 de agosto de 2025, mediante el cual el OIC- IMSS informó a esta CNDH que el IA, se encuentra concluido.

25. Informe médico de 14 de noviembre de 2025 emitido por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, en el que se ratificó en todas y cada una de sus partes la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de 30 de abril de 2025.

26. Acta circunstanciada de 17 de febrero de 2026 sobre la comunicación que personal de esta CNDH estableció con QV1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

27. Esta CNDH tiene conocimiento de que, con motivo de los hechos materia de esta Recomendación, se originó la Queja Médica, en el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS emitió el Acuerdo de 14 de febrero de 2024, por el que declaró improcedente la queja de QV1, desde el punto de vista médico.

28. QV1 interpuso EAM ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por los hechos materia de la presente Recomendación, celebrándose dentro de dicho procedimiento una audiencia de conciliación el 18 de abril de 2024, en la que las partes suscribieron un acuerdo conciliatorio.

29. El 12 de diciembre de 2024, esta Comisión Nacional formuló vista de los hechos de QV1 al OIC–IMSS, para el inicio de la investigación que en derecho corresponda;

en ese sentido, el 17 de enero de 2025 se tuvo conocimiento que, derivado de dicha vista, se generó el expediente IA, investigación administrativa que a la fecha se encuentra concluido.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

30. Del análisis de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2023/13582/Q**, en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, con perspectiva de género y bajo los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables de la CrIDH, se contó con evidencias suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos relativos a la protección a la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica en agravio de QV1, así como al acceso a la información y al proyecto de vida en agravio de QV1 y VI1, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HGZ No. 2 y al HGO No. 3, conforme a lo siguiente:

A. PERSPETIVA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

31. De manera inicial y, previo al análisis de las consideraciones médicas, sobre el caso documentado, este Organismo Nacional valora la pertinencia de puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, desde una perspectiva de género, que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, fracción VI, de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, nos permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, considerando además la interseccionalidad que prevé la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,

esto es, que la perspectiva de género tiene que mirar también diferencias de edad, género, sexo, condición económica, entre otras, ya que, en relación con los contextos específicos y experiencias concretas, pueden dar pie a situaciones de opresión y privilegio, negando así sus derechos, así pues, es de suma importancia de la perspectiva de género en los servicios de salud a fin de proporcionar un trato equitativo y respetuoso, considerando las necesidades específicas de las mujeres, a fin de erradicar prácticas de desigualdad y discriminación que se exponen en el ejercicio de la maternidad.

32. Tales prerrogativas deben ser interpretadas conforme al artículo 1° de la CPEUM, que establece que todas las normas relativas a los derechos humanos de las personas se interpretaran de conformidad con esa Constitución y los tratados internacionales, favoreciendo en todo momento la protección más amplia;³ en ese sentido, es pertinente mencionar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que comprende las medidas necesarias para reducir la mortalidad infantil y la creación de condiciones que aseguren a todas las personas, la asistencia médica y servicios médicos.

33. La Ley General de Salud que la atención materno-infantil tiene carácter preferente frente a otros servicios que se presten durante todo el desarrollo de la gestación y hasta el nacimiento⁴.

34. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, como instrumento internacional de protección a los derechos

³ Artículo 1o...

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

⁴ Artículo 61 La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio...

humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, busca el reconocimiento pleno de la igualdad entre mujeres y hombres en el acceso a los servicios de atención médica, en relación con el embarazo, parto y puerperio; además, hace énfasis en el deber de protección del Estado de los derechos humanos de las mujeres asentadas en zonas rurales, a fin de garantizar su igualdad en los referidos servicios de atención médica.⁵ Visibilizar que el embarazo, por ser un factor interseccional puede ser una condicionante que potencializa vulneraciones al pleno ejercicio de los derechos de las mujeres en diversos ámbitos (acceso a empleo, servicios de salud, acceso a la seguridad social, aspectos sociales, económicos y culturales, entre otros). Tales aspectos, también pueden ser un factor generador de violencia.

35. En sentido similar, dentro del sistema interamericano de protección a los derechos humanos, se puede mencionar la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, que en sus artículos 1° y 7° indica que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia en su

⁵ Reconociendo que para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia...

Artículo 4

2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Artículo 14 ...

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:

...

b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia...

comunidad, incluyendo a los establecimientos de salud; en esa tesitura, establece que las autoridades tienen el deber de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer.

36. Por su parte la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, señala que, respecto a la accesibilidad de los servicios de salud materna, existen diversas barreras que limitan a las mujeres el acceso a estos servicios, las cuales están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud *per se*, leyes y políticas que regulan los servicios⁶.

37. La Organización de Estados Americanos en el documento titulado; Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, permite visibilizar diversas desigualdades que sufren las mujeres por la falta de servicios adecuados para la atención a sus necesidades biológicas relacionadas con sus derechos reproductivos, así como con patrones socioculturales que potencian circunstancias discriminatorias que ponen en riesgo la salud de las mujeres⁷.

38. Toda vez que la violencia en contra de las mujeres y personas con capacidad de gestar en espacios públicos, como lo son los establecimientos de salud, son actos de discriminación por tener motivos de género, se tiene claro que el derecho

⁶ Barreras en el Acceso a Servicios de Salud Materna

29. Con respecto a la accesibilidad de los servicios de salud materna, la CIDH observa que existen diversas barreras que limitan a las mujeres el acceso a estos servicios. Estas barreras están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud *per se*; y leyes y políticas que regulan los servicios.

⁷ III. DEBERES DE LOS ESTADOS PARA QUE LAS MUJERES ACCEDAN A SERVICIOS DE SALUD MATERNA SIN DISCRIMINACIÓN A. Los principios de igualdad y no discriminación

53. La Comisión ha recibido información que indica que miles de mujeres en las Américas ven afectado su derecho a la integridad personal en el acceso a servicios de salud que sólo ellas requieren, generándose desigualdades entre hombres y mujeres con respecto al disfrute de este derecho. Estas desigualdades se manifiestan en la falta de provisión de servicios adecuados para atender sus necesidades biológicas específicas relacionadas con su función reproductora así como en patrones socioculturales discriminatorios que causan situaciones de riesgo para la salud de las mujeres.

a la protección de la salud materna guarda estrecha relación con el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, así, finalmente, es pertinente hacer mención la Observación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que la accesibilidad de los servicios de salud, comprende que los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relativos a la atención de la salud reproductiva, sean accesibles a todas las personas y grupos sin discriminación ni obstáculos.⁸

39. Por su parte, la Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud establece diversas medidas para lograr la concientización de la importancia de la salud de las mujeres, de igual forma la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el documento Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos establece entre otros, que la discriminación basada en el sexo, denominada sexismo, ejerce sobre las mujeres multiplicidad de formas de violencia durante todo el proceso que abarca la salud reproductiva como son el embarazo, el parto y el amamantamiento, enfrentando desde violencia física o psicológica, además de los malos tratos por personal de los servicios de salud⁹.

40. Por lo anteriormente señalado, se evidencia la necesidad de establecer medidas especiales de protección para garantizar el acceso a servicios de salud materna, a fin de promover el disfrute pleno de derechos, considerándose principios como: Reconocimiento de las diferencia biológicas (aplicado a las necesidades y experiencias de salud materna de las mujeres y personas gestantes); Reconocer desigualdades de género (Identificar y corregir sesgos de género/interseccionalidad que limitan el pleno acceso a servicios de salud materna); Centralidad de la mujer

⁸ Accesibilidad

15. Los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos sin discriminación ni obstáculos. Tal como se explica detalladamente en la observación general núm. 14 del Comité, la accesibilidad incluye la accesibilidad física, la asequibilidad y la accesibilidad de la información.

⁹ Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos. 2.3.1 - La salud sexual

(garantizar sean consideradas opiniones, necesidades y emociones) y; Participación (fomentar el empoderamiento en la toma de decisiones sobre la salud materna).

41. Este Organismo Nacional otorga la debida relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, cuyo impacto no debe continuar siendo invisibilizado o minimizado, por lo que se requiere realizar acciones para que las prácticas rutinarias y sistemáticas del personal médico se realicen, no solo con suma pericia, sino también, con sensibilidad de género suficiente para evitar que se sigan dando casos como el aquí planteado, dado que ponen en evidencia la histórica desigualdad de las mujeres, de manera particular, aquellas que viven desigualdad económica y que se materializa, entre otros aspectos, en falta la atención médica gineco obstetra segura y oportuna, que debieran recibir en los servicios de salud a cargo del Estado¹⁰.

A.1. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE QV1

42. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y esta CNDH ha emitido Recomendación General al respecto¹¹.

43. Asimismo, en la normativa internacional, se refiere que toda persona tiene el derecho a disfrutar, en el más alto nivel posible, la salud física y mental; plasmado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

¹⁰ En el mismo sentido CNDH. Recomendación 301/2023, Recomendación 205/2023 y 196/2023.

¹¹ 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.

Culturales. Por su parte, La OMS establece que el derecho a la salud se constituye por cuatro elementos esenciales, los cuales están interrelacionados entre sí:

43.1 La disponibilidad se refiere a la necesidad de contar con suficientes establecimientos, bienes y servicios de salud en función para toda la población.

43.2 La accesibilidad requiere que dichos establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todas las personas, respetando las dimensiones de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad de información.

43.3 La aceptabilidad se atiene al respeto a la ética médica y lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural, así como sensibilidad hacia las cuestiones de género. La atención debe centrarse en la persona y dar respuesta a necesidades concretas de diversos grupos poblacionales.

43.4 La calidad es un componente clave y se refiere a que la atención médica debe ser segura, eficaz, centrada en la persona, oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

44. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que “[t]odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”¹², y 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

¹² 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.

permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.¹³

A.2. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DE QV1

45. La Organización Mundial de la Salud, 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 igualdad¹⁴.

46. 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”¹⁵.

47. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 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

¹³ 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.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Fecha de consulta: 26/06/2023.

¹⁵ CrIDH, Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile. Sentencia de 8 marzo de 2018. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 123.

de atención médica en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto; igualmente, los artículo 3, fracción IV de la Ley General de Salud, VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos garantizan la protección y atención materna.

48. Por su parte, 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”¹⁶.

49. 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.

50. En ese sentido, tanto por normatividad nacional e internacional, el Estado mexicano debe adoptar medidas de realización progresiva y medidas de realización inmediata para la garantía de ese derecho. El PIDESC establece la especial protección que debe concederse a las madres durante un lapso razonable antes y

¹⁶ Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, Relatoría sobre los Derechos de la Mujer, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultado en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

después del parto, así como la creación de condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos de calidad, con el objetivo de reducir la mortalidad materna como la mortalidad fetal o infantil.

A.3. ANTECEDENTES CLÍNICOS DE QV1

51. Al momento de los hechos, QV1 cursaba con embarazo de 38.2 SDG, con evolución normal, cursando su segundo embarazo (aborto espontáneo y el embarazo materia de análisis); ambos padres con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus de larga evolución; asimismo, tuvo 07 consultas de control prenatal en la UMF 14.

52. El 10 de julio de 2023, QV1 acudió al servicio de Ginecoobstetricia del HGZ No. 2, contando con 33.6 SDG, por presentación fetal pélvica,¹⁷ donde se descartó dicho diagnóstico; la última consulta médica en ese servicio se realizó el 31 de julio de 2023, al cursar con 36.6 SDG y dolor pélvico, siendo indicado por el personal médico que ello se debía un evento traumático que provocó en QV1 esa sintomatología de forma crónica, además de observar “abundante flujo espeso grumoso”, aunado a los resultados de cultivo vaginal con los cuales se diagnosticó vaginitis micótica.¹⁸

A.3.1. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE QV1

A.3.1.1. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGZ NO. 2

53. El 10 de agosto de 2023 a las 01:01, QV1 acudió al servicio de Urgencias del HGZ No. 2 al presentar dolor del tipo punzante en abdomen desde las 18:00 horas y actividad uterina cada 10 minutos, siendo atendida a las 05:50 horas por AR1, personal médico de Urgencias, diagnosticó “falso trabajo de parto a las 37 y más

¹⁷ Se refiere a que el producto de la gestación está colocado con las nalgas o pies hacia el canal del parto en lugar de la cabeza.

¹⁸ También conocida como candidiasis vaginal o infección por hongos vaginales, es una inflamación de la vagina causada por una infección por hongos, principalmente la especie *Candida albicans*.

completas de gestación”, por lo que ese personal médico solicitó ultrasonido para descartar bajo peso o una probable restricción del crecimiento intrauterino, indicando al tener “resultado acudir a nueva valoración”, por lo que, indicó “alta a su domicilio, cita abierta a urgencias”, con manejo ambulatorio, sin medicamentos.

54. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH precisó que la atención médica brindada por AR1, durante el ingreso de QV1 al servicio de Urgencias, fue inadecuada en atención a la omisión de ese personal médico de dar cumplimiento al LTTO,¹⁹ ya que, dentro del expediente clínico proporcionado por ese Instituto, no se cuenta con el formato denominado “clasificación de paciente (Triage Obstétrico)”,²⁰ ni se revaloró a la paciente durante las casi cinco horas que estuvo en el área de espera, por lo que se desconoce la condición de QV1 durante el tiempo referido; a pesar de formar parte de los grupos de atención prioritaria al encontrarse embarazada, por lo que además incumplió con el LTPE,²¹ así como la GPC-IMSS-028-08,²² ya que no destacó la elevación de presión arterial, ni indicó el

¹⁹ C) Datos del evaluador (personal de Triage obstétrico): nombre completo del profesional que realizó la evaluación –sin abreviaturas- y categoría. El formato constituye parte del expediente clínico por lo que de acuerdo a la NOM-004- SSA3-2012, Del expediente clínico deberá anexarse al resto del expediente... El personal de Triage obstétrico: P Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención... En caso de código verde, completa el llenado del formato de Triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos. Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.

²⁰ Documento que registra los datos del evaluador y la condición de salud de la persona paciente a su llegada.

²¹ Tomando en consideración esta cifra promedio, el diagnóstico de hipertensión arterial durante el embarazo se establece en presencia de cualquiera de las tres condiciones siguientes: P elevación de la PAM de 20 mm Hg. o más, sobre las cifras previas durante el primer trimestre del embarazo. P elevación de la PAM $\geq$ 95 mm Hg. en el segundo trimestre. P una cifra absoluta PAM $\geq$ de 106 mm Hg. o más, en dos ocasiones con un mínimo de 6 horas de diferencia entre una y otra... Factores de riesgo preconcepcionales para preeclampsia: IMC $\geq$ 30 kg/m²... Historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad... Las pacientes con IMC menor de 20.0 kg/m² o mayor de 25.0 kg/m² necesitan mayor atención para su requerimiento dietético... El médico del primer nivel de atención realizará el diagnóstico presuntivo de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo y valorará la prescripción de medicamentos antihipertensivos.

²² Estimación de la proteinuria de la semana 35 a la 40; algoritmo 5. Tamizaje de patologías durante el control prenatal: Trastornos hipertensivos en el embarazo mujer con embarazo, presión arterial mayor o igual a 140/90; monitoreo de presión arterial en casa, determinación de proteína en orina.

monitoreo estrecho en su domicilio, la determinación de proteínas en orina, ni refirió como diagnóstico presuntivo probable enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar, derivado de los factores de riesgo en QV1 y antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial crónica, lo que favoreció la demora de la atención médica de la paciente y el inicio del protocolo de estudio por probable enfermedad hipertensiva del embarazo de forma oportuna, aumentando así la morbimortalidad fetal.

55. Tres horas después, a las 09:21 horas, del 10 de agosto de 2023, QV1 acudió nuevamente al servicio de Urgencias con el resultado del ultrasonido obstétrico, mismo que se desconoce si fue realizado dentro de las instalaciones del HGZ No. 2, por no contarse con el reporte; AR2, personal médico adscrito a ese servicio, reportó a QV1 con datos indicativos de que su presión sanguínea se encontró dentro de rango normal, con un desarrollo fetal adecuado para su edad gestacional, por lo que indicó el alta de QV1, con cita abierta ante datos de alarma y revaloración en una semana.

56. Posteriormente, QV1 acudió al servicio de Urgencias del HGZ No. 2, donde a las 17:19 horas del referido 10 de agosto de 2023, fue atendida por AR3, personal médico adscrito a ese servicio, quien integró el diagnóstico de embarazo de 38.4 SDG y trabajo de parto en fase latente. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH advirtió que AR3 refirió que QV1 presentó “extremidades integrales, reflejos osteotendinosos normales”, sin reportar el edema comentado por QV1 en su escrito de queja.

57. El 11 de agosto de 2023 a las 19:23 horas, QV1 acudió por cuarta vez al HGZ No. 2, por presentar contracciones uterinas; durante la valoración en Triage presentó 02-04 contracciones, por lo que fue catalogada con color amarillo y canalizada a Urgencias a las 19:37 horas, donde fue atendida por AR4, personal médico adscrito a ese servicio, quien reportó que QV1 cursaba con signos vitales

dentro de parámetros normales, con modificaciones cervicales compatibles con trabajo de parto en fase latente, integrando, por lo que indicó cita de valoración en 8 horas.

58. Al respecto la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH indicó que, tomando en cuenta que la evolución sería lenta debido a que era el primer parto de QV1, AR4 omitió dar cumplimiento a la GPC-IMSS-052-19,²³ debido a que QV1 contaba en ese momento con más de 24 horas de iniciar con cambios cervicales, por lo que el tiempo de revaloración que estableció AR4 fue inadecuado, al no correlacionar los datos clínicos documentados de las consultas previas, ni coincidir con la evolución esperada, de acuerdo con lo estipulado en la citada Guía, repercutiendo directamente en QV1, al no contar con una atención adecuada de su condición médica de forma oportuna.

59. En las consultas proporcionadas el 10 y 11 de agosto de 2023 en el servicio de Urgencias del HGZ No. 2, el día 10 referido, a las 05:50 horas, AR1 reportó a QV1 con cifras tensionales elevadas de 134/91 mmHg, debiendo considerarla como candidata para monitoreo de cifras tensionales y detección de proteínas de orina, situación que no ocurrió en el caso. Los hallazgos médicos documentados a ese momento no eran indicativos de una probable enfermedad hipertensiva.

60. Lo anteriormente señalado coincide con el dicho de QV1 quien refirió que acudió al área de urgencias pasada la medianoche en donde fue atendida a la 1 de la mañana, siendo revisada y con indicación de que era normal que todo estaba bien, posteriormente se le entregó la hoja de alta con indicación de realizar un ultrasonido y volver, que cuando regresó fue atendida por otra doctora indicándole que solo tenía un centímetro de dilatación y que es normal que se ponga dura su panza,

²³ La duración media de la fase latente del trabajo de parto (antes de los 5 cm de dilatación) fue de 3.7-5.9 horas, la duración media de la fase activa del trabajo de parto (a partir de los 5 cm de dilatación) fue de 3.8-4.3 horas, mientras que la duración media del segundo periodo del trabajo de parto fue de 14 a 66 minutos.

siendo dada de alta y regresando el día jueves en donde es revisada por la doctora de la tarde quien le indicó no ser necesario que acudiera a todos los turnos y que aún le falta para que naciera su bebé dándole la indicación de regresar a su domicilio. Que, al día siguiente por la tarde ya presentó contracciones con dolor más fuerte por lo que acudió con su esposo a Urgencias, siendo revisada por el médico quien le indicó tener buenas contracciones pero que aún le falta mucho ya que apenas comenzaba con labor de parto y siendo regresada a su domicilio.

61. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH remarcó que QV1, del 10 de agosto a las 01:01 horas a el 11 del mismo mes y año a las 19:37 horas (10 horas), acudió en 4 ocasiones al servicio de Urgencias del HGZ No. 2, al cursar con dolor lumbar y contracciones uterinas de intensidad variable, valoraciones en las cuales, en primera instancia, se integraron como “falso trabajo de parto”; con el paso de las horas, al regularizarse las contracciones uterinas y al contar con modificaciones cervicales, indicaron la progresión del trabajo de parto a fase latente.²⁴

62. Sin embargo, se observó que las valoraciones realizadas por el personal médico del servicio de Urgencias fueron realizadas de forma aislada, sin considerar el desarrollo y la persistencia de la sintomatología presentada por QV1 en esas últimas horas; el antecedente de aborto reciente y los datos recabados en las consultas previas como variaciones significativas en la medición de la altura de fondo uterino, la progresión lenta de los cambios cervicales a pesar de contar con contracciones uterinas efectivas y que el producto de la gestación no se encontró encajado al término del embarazo, es por lo que, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con la

²⁴ Primera etapa, donde se produce el ablandamiento y adelgazamiento total del cuello uterino, con la finalidad de que las estructuras tengan modificaciones hasta quedar como un anillo delgado, así la fase activa continuara dilatándose con la fuerza de las contracciones y el descenso del producto, debiendo de tomar en cuenta que, en una mujer que no ha tenido partos, se estima una evolución de un cm de dilatación por hora.

NOM-007-SSA2-2016,²⁵ así como la GMAM,²⁶ al no brindar atención médica de forma integral, correlacionando la evolución de QV1 con el tiempo transcurrido, ya que se espera que, antes de la resolución del embarazo, el feto descienda y se encaje en la pelvis de la madre, por lo que la ausencia de este, permite la sospecha de un trabajo de parto distócico²⁷, lo que repercutió directamente en QV1, al no considerar su ingreso hospitalario para destacar este tipo de alteraciones y de ser requerido, brindar un manejo oportuno.

63. Es de observar que QV1, es una mujer embarazada segundigesta, quien se presentó en 4 ocasiones el HGZ 2, sin que el personal médico proporcionara el tratamiento médico adecuado, decidiendo su egreso en diversas ocasiones sin advertir que, ante la persistencia de la sintomatología, QV1 requería de atención hospitalaria para la identificación de probables distocias del trabajo de parto, contrariando la NOM-007-SSA2-2016 y la GPC-IMSS-052-19 que especifican la necesidad de una adecuada atención prenatal, monitoreo del trabajo de parto y el parto, y la detección y tratamiento temprano de las complicaciones.

A.3.1.2. ATENCIÓN MÉDICA DE QV1 EN EL HGO No. 3

64. Dos horas posteriores a la última valoración descrita, en la misma fecha del 11 de agosto de 2023, QV1 continuó cursando con dolor de tipo obstétrico “insostenible”, por lo que acudió al HGO No. 3, siendo valorada en el servicio de

²⁵ La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia... 5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

²⁶ ... “el Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral” ... “4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y responsable en la atención del embarazo, parto y puerperio”.

²⁷ Un alumbramiento en el que el personal médico tiene que intervenir durante la dilatación del cuello del útero o periodo de expulsión para asegurar el bienestar de la persona paciente y/o el producto de la gestación, por una falla en el mecanismo del parto.

Urgencias a las 20:47 horas, en donde fue clasificada con color amarillo, al contar con elevada frecuencia respiratoria y tensión arterial elevada, a las 21:22 horas, AR5, personal médico Ginecoobstetra, integró los diagnósticos de trabajo de parto en fase latente y “pb. Preeclampsia”.

65. De acuerdo con la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, QV1 se encontraba en la fase latente de trabajo de parto, sin que fuera considerado el tiempo transcurrido desde que se documentó el inicio del borramiento, omitiendo AR5, de este modo, cumplir con lo establecido en la GPC-IMSS-052-19,²⁸ lo que impactó en la demora del manejo requerido por QV1.

66. A las 21:35 horas de la misma fecha, QV1 ingresó al área de Tococirugía, siendo atendida por AR6, personal médico adscrito al servicio de Gineco Obstetricia del HGO No. 3, a quien le refirió presentar “dolor de tipo obstétrico con inicio a las 16:30 horas...disminución de percepción de movimientos fetales desde las 18:00 horas...”, siendo ellos datos de alarma que pueden indicar la pérdida del bienestar fetal. Pese a ello AR6 reportó a QV1 “sin datos de urgencia obstétrica”; asentó que realizaría registro cardiotocográfico y estudios de laboratorio para descartar enfermedad hipertensiva del embarazo y normar conducta a seguir.

67. Al respecto, la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH remarcó que, nuevamente no se consideró la información reportada por el personal médico del HGZ No. 2, por lo que AR6 incumplió con lo previsto en la NOM-007-SSA2-2016 y la GMAM²⁹, en las cuales se señala que la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y

²⁸ La duración del trabajo de parto es un evento extremadamente variable, por lo que no se sugiere realizar el diagnóstico de detención del trabajo de parto con base a la evaluación estricta del patrón de dilatación/tiempo.

²⁹ “el Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral... “4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio...”.

maternos en donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia y que en todos los casos de urgencia obstétrica se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

68. A las 22:40 horas de la misma fecha, se tuvieron disponibles los resultados de laboratorio, con los que AR6 descartó el diagnóstico de Preeclampsia, el registro cardiotocográfico de las 22:37, reportó descenso de la frecuencia cardiaca fetal por lo que se decidió la interrupción del embarazo vía abdominal de forma inmediata.

69. De acuerdo con la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, los hallazgos de AR6 indicaban la probable disminución en el aporte de oxígeno al feto y por consiguiente, sufrimiento fetal y pérdida del bienestar del producto de la gestación, requiriendo atención médica inmediata por parte del personal médico de salud, por lo que AR6 realizó reanimación fetal intraútero,³⁰ colocando a QV1 en decúbito lateral izquierdo, “así como la realización de cesárea urgente”, sin considerar la administración de medicamentos que disminuyeran las contracciones uterinas, la vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal, ni interconsulta al servicio de Neonatología para valorar la integridad del producto de la gestación, incumpliendo con ello el LTCS³¹ y la NOM-007-SSA2-2016,³² repercutiendo en la condición del producto de la gestación.

³⁰ Constituye un conjunto de técnicas no operatorias aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal, revirtiendo la causa del deterioro del estado fetal, determinado por un patrón no tranquilizador de frecuencia cardiaca fetal.

³¹ “...fármacos uteroinhibidores de ser necesario: (atosiban, nifedipina entre otros), con vigilancia estrecha de signos vitales; Vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal (el feto se recupera aproximadamente a los 30 minutos de iniciada la reanimación). Antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal... Las desaceleraciones tardías son señal de que puede haber un compromiso en la oxigenación fetal y obligan a que el obstetra actúe en consecuencia. Habitualmente esto consiste en realizar una reanimación fetal intrauterina, pero puede dar lugar a la necesidad de un parto inmediato.

³² 5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

70. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, precisó que, dentro del expediente clínico de QV1 no se cuenta con reporte de la frecuencia cardíaca fetal de las 22:40 horas, donde se reportó 134 latidos por minuto, a las 23:12 horas, cuando PSP1, personal médico adscrito al servicio de Ginecoobstetricia del HGO No. 3, encargado de realizar la cesárea de QV1 reportó datos sobre la frecuencia cardíaca fetal que indicaban “riesgo inminente de la pérdida del producto de la gestación”.

71. El 11 de agosto de 2023, PSP1, realizó a las 23: 42 horas la cesárea de QV1, reportando como hallazgos:

recién nacido sin frecuencia cardíaca fetal [...] con peso de 2420 grs [...] líquido amniótico meconial ++++ [...] con presencia de nudo verdadero³³ [...] sale paciente hemodinámicamente estable [...] adecuada involución uterina [...] Paciente que por sus cifras tensionales se clasifica como hipertensión gestacional³⁴

72. Es decir, al identificar signos de sufrimiento fetal, se demoró la realización de la cesárea más de una hora, a pesar de haberse reportado el riesgo de pérdida del bienestar fetal, incumpliendo AR5 y AR6 con lo previsto en el LTCS, generando con dichas acciones actos constitutivos de violencia obstétrica a no haber atendido de forma oportuna y eficazmente la emergencia suscitada, de igual forma dejó de darse seguimiento a la “Estrategia Institucional para la prevención y disminución de la muerte materna” cuyo objetivo es la identificación oportuna de las patologías agudas y crónicas que condicionan riesgo para la mujer y el recién nacido, así como abordar rápido y de forma integral las emergencias obstétricas.³⁵

³³ Es una complicación en la que el cordón umbilical se forma un nudo, lo que puede comprometer el suministro de oxígeno y nutrientes al feto.

³⁴ En un periodo de 04 horas, encontrando cifras mayores de 140/90 mmHg, actualmente con cifras tensionales dentro de metas terapéuticas, por lo que se deja con curva de TA horaria y de acuerdo a ello valorar inicio de antihipertensivo.

³⁵ Tipos de cesárea A. Según antecedentes obstétricos de la paciente... Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica... Clasificación de los grados de urgencia para realizar la operación cesárea... Compromiso Materno o Fetal...

73. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, además advirtió que PSP1 identificó la presencia de nudo verdadero del cordón umbilical³⁶ y tinte meconial que, al ser catalogado con cuatro cruces, se traduce en que el líquido amniótico contó con espesor intenso; si bien antes del 10 de agosto de 2023, no se documentaron datos que hicieran sospechar la presencia de nudo verdadero, fue hasta las consultas del 10 y 11 de agosto de 2023, en el HGZ No. 2 y el HGO No. 3 respectivamente, cuando se reportaron variaciones significativas de la altura de fondo uterino, así como la percepción disminuida de los movimientos fetales, dolor pélvico persistente con aumento de la intensidad, lenta progresión del trabajo de parto y ausencia del encajamiento del producto de la gestación en el canal de parto, que eran datos indicativos de probable rechazo de la presentación y de movimientos irregulares por parte del feto dentro de la cavidad uterina, sin que estos datos fueran integrados y considerados de relevancia por AR5 y AR6.

74. Al no contar con diagnóstico y manejo médico para la alteración funicular presentada, prosiguió con la resolución del embarazo por parto, hasta que se documentó la bradicardia del producto, derivada del sufrimiento fetal agudo, pudiéndose constatar que AR5 y AR6 no implementaron de manera adecuada, las estrategias para inhibir el trabajo de parto, ni realizó una vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal como fue referido, lo que favoreció la evolución natural del nudo verdadero hasta sus consecuencias finales, que fue la pérdida del producto de la gestación.

75. Se analizó certificado de muerte fetal, el cual fue requisitado por PSP2, personal médico adscrito al HGO No. 3, quien indicó como condición fetal o materna que causó directamente la pérdida del producto de la gestación, “nudo verdadero” e

Interrupción inmediata para la vida materna o fetal... < 15 min... Categoría 1. Placenta previa central total, parcial, marginal o inserción baja con hemorragia obstétrica, bradicardia fetal, desaceleraciones tardías... infarto al miocardio o ya fallecidas dentro de los primeros cinco minutos.

³⁶ Dato indicativo de que el producto de la gestación presentó una alteración de la circulación fetoplacentaria derivado de una obstrucción mecánica.

“interrupción de la circulación materno fetal”; al respecto, la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH precisó que, ante la omisión de detectar la alteración en el flujo sanguíneo del producto de la gestación, se permitió que el trabajo de parto progresara, lo cual, en conjunto con las contracciones uterinas y los movimientos fetales, provocaron que el cordón umbilical se tensionara hasta reducir la circulación sanguínea de forma abrupta, al grado de limitar el oxígeno al producto de la gestación y provocar su deceso, pese a que se realizaron maniobras de reanimación intrauterinas, sin obtener respuesta favorable; por tanto, una hora después de haberse documentado el descenso de la frecuencia cardíaca fetal, se realizó una cesárea a QV1. No obstante, la muerte fetal fue favorecida por la ausencia de un diagnóstico adecuado y la dilación en la atención médica del binomio materno fetal.

76. En tal orden de ideas, las Guías para la Atención de las Principales Emergencias Obstétricas de la Organización Panamericana de la Salud, establecen que en la búsqueda de evitar la muerte materna existen acciones de fundamental importancia a desarrollar como son la asistencia adecuada y humanizada del parto y de las urgencias obstétricas, incluyendo un acompañamiento calificado del parto y el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas.

77. En el mismo sentido, el numeral 5.3.1.13 de la NOM-007-SSA2-2016 dispone que ante una urgencia obstétrica se debe brindar la atención especializada y de ser el caso trasladar oportunamente a las pacientes a los establecimientos con capacidad resolutive a adecuada.

78. De igual forma, en el numeral 5.3.1.13.3 de la GPC-IMSS-567-12 se establece que, en todos los casos de urgencia obstétrica, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

79. Concluyendo que, en el caso de QV1, tales aspectos fueron inobservados al haberse identificado signos de sufrimiento fetal, se demoró la realización de la cesárea más de una hora, a pesar de haberse reportado el riesgo de pérdida del bienestar fetal.

80. De tales elementos es dable concluir que la atención médica brindada hasta ese momento por el personal de salud del Hospital no fue oportuna y suficiente, por las siguientes consideraciones:

80.1 Oportuna: la OMS señala que, para aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos³⁷ lo que implica la reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos. Concluyéndose que en el caso de QV1 no fue oportuna, debido a que se omitió su adecuado seguimiento médico a fin de prevenir las complicaciones que propiciaron el sufrimiento fetal, omisiones que derivaron en la pérdida del producto de la gestación.

80.2 Suficiente: las valoraciones realizadas no derivaron en un abordaje integral acorde con la evolución del cuadro clínico, omitiéndose medidas de mayor control y monitoreo que resultaban razonables ante la persistencia del dolor obstétrico y los hallazgos reportados.

81. Asimismo, se inobservaron los principios de perspectiva de género en los servicios de salud materna, centralidad de la mujer, acceso a una atención de calidad y preferente, trato digno, respeto a la autonomía y dignidad, así como el acceso a servicios integrales, vulnerando no sólo la legislación internacional y nacional en la materia referida en los apartados que anteceden, sino también los

³⁷ La OMS señala que la atención médica suficiente es aquella en la que se proporciona atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales, proporcionado servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan y evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado.

elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que conforman el contenido esencial del derecho humano a la protección de la salud, en atención a lo siguiente

81.1 Disponibilidad: no se garantizó una disponibilidad efectiva y resolutive a servicios especializados en ginecología, ya que no se brindó vigilancia continua ni manejo integral pese a los múltiples ingresos de QV1 con embarazo a término y sintomatología persistente.

81.2 Accesibilidad: Se afectó el acceso oportuno y continuo a la atención, al otorgarse altas sucesivas sin observación prolongada ni seguimiento inmediato, fragmentando la continuidad del servicio pese a la evolución clínica y al dolor obstétrico creciente.

81.3 Aceptabilidad: La atención no se ajustó plenamente a un enfoque centrado en la mujer ni a la perspectiva de género, al minimizar la persistencia del dolor de QV1 y no garantizar una valoración integral acorde con su condición obstétrica.

81.4 Calidad: Existieron deficiencias en la vigilancia y oportunidad del manejo obstétrico, al no documentarse un seguimiento integral del riesgo materno ni monitoreo continuo del bienestar fetal, lo que derivó posteriormente en pérdida de dicho bienestar y cesárea urgente con resultado neonatal adverso.

82. Así pues, la importancia de una atención al trabajo de parto de mujeres y personas gestantes, como ha señalado la OMS, genera que más de un tercio de las muertes maternas, la mitad de las muertes fetales y una cuarta parte de las muertes neonatales se deben a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, lo que puede prevenirse en gran medida a través de intervenciones oportunas, como en el caso en el monitoreo del trabajo de parto y el parto, la detección y tratamiento

temprano de las complicaciones, son esenciales para prevenir resultados perinatales adversos, de ahí la importancia de que el personal de salud brinde “apoyo a las mujeres para alcanzar los mejores resultados físicos, emocionales y psicológicos que desean para ellas, sus bebés y sus familias, utilizando prácticas efectivas durante el trabajo de parto y el parto, y evitando aquellas inefectivas y potencialmente perjudiciales”.

A.3.1.3. ATENCIÓN MÉDICA DEL PUERPERIO DE QV1

83. Del 12 al 14 de agosto de 2023, QV1 fue valorada por PSP3 y PSP4 hasta que se indicó la remisión de la hipertensión gestacional. Se indicó el alta hospitalaria de QV1, por AR7, personal médico adscrito al servicio de Ginecoobstetricia del HGO No. 3, omitiendo indicar tratamiento dirigido a inhibir la lactancia ni interconsulta al servicio de Psicología para apoyo durante el duelo, incumpliendo con ello la GPC-IMSS-567-12.³⁸

84. Por las consideraciones expuestas y conforme la Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, concluyó que la atención brindada a QV1 por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR5, AR6 y AR7, fue inadecuada y en desapego a lo previsto en la LGS³⁹, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica⁴⁰, el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS⁴¹, la NOM-007-SSA2-2016, la Convención sobre la eliminación

³⁸ Se debe ofrecer asesoría psicológica a la paciente y pareja, otros miembros de la familia (niños y abuelos).

³⁹ 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.

⁴⁰ Artículo 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. ...

Artículo 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.

⁴¹ 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

de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los términos señalados; contribuyendo y obstaculizando 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 teniendo por consecuencia la pérdida del producto de la gestación.

B. DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD OBSTÉTRICA DE QV1

85. La LGAMVLV, define la violencia contra las mujeres como: *“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”*. Asimismo, precisa en su artículo 18, que la violencia institucional *“son actos u omisiones de las servidoras y servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminación o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres...”*⁴².

86. La Convención do 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.”*⁴³ Hecho que constituye una violación a sus derechos humanos.

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.

⁴² Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

⁴³ Artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención do Belém do Pará”).

87. Tanto a nivel nacional e internacional, se ha reconocido que las mujeres han sido víctimas de diversas formas de violencia en el ejercicio de sus derechos reproductivos (embarazo, parto y puerperio), distinguiéndose como violencia obstétrica, y la cual, a su vez, se visibiliza en dos tipos: la física y la psicológica por parte del personal médico en los espacios de servicios de salud.

88. En su Recomendación General número 31⁴⁴, esta CNDH ha definido la violencia obstétrica como:

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

89. En relación con lo anterior, la violencia institucional ha sido definida por la LGAMVLV en su artículo 18, 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.

B.1. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD OBSTÉTRICA DE QV1

90. La atención que brindó el personal médico a QV1 en el servicio de Urgencias del HGZ No. 2, fue inadecuada, ya que durante las consultas proporcionadas por AR1, AR2, AR3 y AR4, del 10 y 11 de agosto de 2023, no se analizó el caso de

⁴⁴ Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

QV1 de forma integral, al reportar los datos clínicos de forma aislada, sin una debida integración, como lo señala la NOM-007-SSA2-2016 y la Guía de Implementación Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, lo cual retrasó la identificación de datos de sufrimiento fetal y favoreció el deterioro del estado del producto de la gestación.

91. De igual forma, la atención que brindó a QV1 por AR5 y AR6 durante su estancia en el HGO No. 3, del 11 al 14 de agosto de 2023, fue inadecuada al no brindarle tratamiento para inhibir el trabajo de parto, tras datos de sufrimiento fetal agudo, ni vigilar de forma estrecha la frecuencia cardiaca fetal, ante administración de medidas de reanimación intraútero, demorando en la realización del procedimiento quirúrgico destinado a la resolución del embarazo, incumpliendo con lo referido en el Lineamiento Técnico: Cesárea Segura y en el Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico, favoreciendo a un mayor periodo de hipoxia y sufrimiento fetal dentro del útero.

92. Finalmente se pudo corroborar que AR7, en la atención médica brindada a QV1 el 14 de agosto de 2023, cuando indicó su alta hospitalaria, omitió indicar un tratamiento dirigido a inhibir la lactancia, tampoco indicó interconsulta con el servicio de Psicología, ante el proceso de duelo que afrontaba QV1 por la pérdida de su producto de la gestación.

93. Siendo todas las anteriores, acciones y omisiones de personal médico del HGZ No. 2 y del HGO No. 3 que transgredieron la salud materna de QV1 durante su periodo, parto y puerperio, que derivaron afectaciones en su salud y en la pérdida de su producto de la gestación constituyendo, por tanto, efectos severos en el disfrute de su derecho humano a una vida libre de violencia.

94. 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.

95. Por ello, la atención brindada a QV1 por el personal del HGZ No. 2 y el HGO No. 3 fue desprovista de perspectiva de género pues, en sus intervenciones, se pudo corroborar que no brindaron servicios de salud materna con atención de calidad, sensible, empática, digna, profesional, legal y disciplinada, ya que sus acciones no fueron guiadas con la finalidad de salvaguardar su bienestar, ni la de su producto de la gestación, brindando al binomio materno fetal un tratamiento médico óptimo de acuerdo a sus necesidades en el marco de su control prenatal y la atención de su parto.

96. Así, en el caso de QV1, los actos y omisiones constituyen violencia obstétrica, al acreditarse que la atención médica que recibió QV1 en HGZ No. 2 y HGO No. 3, fue deshumanizada, durante su embarazo, generándole afectaciones de índole física y psicológica, las cuales le provocaron la pérdida del producto de la gestación, se configura 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, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 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-SSA2-2016⁴⁵.

C. PROYECTO DE VIDA

97. 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 (...) ⁴⁶.

98. 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”*⁴⁷. También ha señalado que dicho daño se deriva de 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 emocional⁴⁸.

99. 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,⁴⁹ 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

⁴⁵ Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

⁴⁶ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina.”, párrafos 308.

⁴⁷ Ídem. párrafos 308.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260.

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 complementarios⁵⁰.

100. En consecuencia, el daño al proyecto de vida afecta la realización personal e integral de la víctima, por lo cual, tiene un impacto en las dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y espirituales, así como que puede perjudicar el sentido de trascendencia.⁵¹

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

101. Por comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QV1 el 27 de septiembre de 2024, se pudo conocer que, al ocurrir los hechos, a VI1 únicamente le otorgaron 5 días de permiso en su fuente laboral para poder acompañar a QV1 en su proceso de recuperación y de duelo⁵²; también manifestó que tuvo acompañamiento de VI1 todo el tiempo, además de fungir como apoyo principal, no solo de los gastos corrientes, sino de los gastos médicos, toda vez que, con motivo de los hechos, debió recibir atención médica adicional.

102. QV1 refirió que, después de la pérdida de su producto de la gestación, no ha tenido problemas con VI1 ya que existe buena comunicación entre ellos; no obstante, reconoce que sí se vieron afectadas sus ilusiones de ser padres y el proyecto de vida que habían planeado.

103. VI1 ejerció el derecho y deber al cuidado de QV1, de acuerdo con sus corresponsabilidades inherentes a la decisión de ambos de acceder a sus expectativas de ser progenitores; por ello no pasa inadvertido para esta Comisión

⁵⁰ Ídem.

⁵¹ Calderón Gamboa, Jorge Francisco. “Reparación del daño al proyecto de vida por violaciones a derechos humanos”. Editorial Porrúa. México. 2005. Consultable en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/24484-1.pdf>

⁵² El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas, algo que todos viviremos a lo largo de la vida.

Nacional, que derivado de los hechos analizados en el presente caso QV1 y VI1 mantienen una relación de pareja, y habían decidido de manera voluntaria formar una familia; no obstante, a raíz de los hechos y como consecuencia de la pérdida del bienestar fetal y la pérdida del producto de la gestación, 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 indirecta.

104. En el mismo sentido, 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, como es el caso de VI1.

105. En esa tesitura, se pudo constatar que QV1 y VI1 padecieron de actos y omisiones por parte de personal médico del IMSS cuya injerencia arbitraria, impidió la realización en la referida expectativa de desarrollo personal y familiar factibles en condiciones normales, al tener efectos irreparables⁵³ para el cumplimiento de las referidas expectativas, anulando la posibilidad del proyecto y/o expectativa de QV1

⁵³ 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.

y VI1 de ser progenitores, y viendo su libertad de decisión alterada por factores ajenos a ella y a él, que les fueron impuestos de manera arbitraria.

106. De modo que, 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.

107. Acorde con 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.

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

108. 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 prevalecientes en cada Estado⁵⁴.

109. El artículo 6º párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información. Respecto a la materia de salud, la Recomendación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sostiene que la accesibilidad de la información “comprende el derecho a

⁵⁴ 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.

buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud”.⁵⁵

110. En ese sentido, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha manifestado que:

La restricción a otorgar la información de manera adecuada y efectiva pone en peligro el derecho a la salud física y psicológica de las mujeres, con efecto nocivo en situaciones tan sensibles como el embarazo; y el acceso a la información sobre el estado de salud de una persona resulta de aplicación y protección inmediata en aquellas situaciones en las que hay una rápida evolución de la enfermedad del individuo y donde su capacidad para tomar decisiones relevantes se ve reducida, como puede ser un embarazo o un parto con complicaciones.⁵⁶

111. 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.⁵⁷

D.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE QV1 Y VI1

112. La Opinión Médica Especializada en Materia de Medicina de esta CNDH, precisó que, dentro del expediente clínico de QV1 no se cuenta con reporte de la frecuencia cardíaca fetal de las 22:40 horas del 11 de agosto de 2023, donde se

⁵⁵ Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

⁵⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dictamen sobre la Comunicación No. 138/2018, CEDAW/C/75/D/138/2018. 28 de febrero de 2020. Pág. 7.

⁵⁷ CNDH. Recomendación General No. 29, publicada el 31 de enero de 2017. Consultable en https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_029.pdf

reportó 134 latidos por minuto, a las 23:12 horas de la misma fecha, cuando PSP1, realizó la cesárea de QV1; razón por la cual no se contó con elementos técnico-médicos para indicar cual fue la evolución del producto de la gestación o la respuesta a las medidas de reanimación administradas a QV1 durante los 32 minutos posteriores a la inducción de las mismas, ya que no se cuenta con información relacionada con ese lapso de tiempo, solo contando con referencia de PSP1, cuando QV1 ingresó a quirófano donde se sospechó de cese de la frecuencia cardiaca del producto de la gestación.

113. El 11 de agosto de 2023, PSP1 realizó la cesárea de QV1, reportando como hallazgos “recién nacido sin frecuencia cardiaca fetal...con peso de 2420 grs...líquido amniótico meconial ++++...”; al respecto, ese personal médico indicó que al proceder al alumbramiento de la placenta “se encuentra la presencia de nudo verdadero en cordón umbilical, el cual se encuentra friable⁵⁸ y se rompe al momento de la extracción”, indicativo de que la circulación del feto era deficiente, dato que no fue posible corroborar, debido a que dentro del expediente clínico de QV1, no se cuenta con documentales que indiquen el envío del tejido obtenido durante el alumbramiento al servicio de Patología.

114. Cabe destacar que la omisión de la integración en el expediente clínico, de las diversas notas médicas referidas en este proyecto de Recomendación relacionadas con la atención que le fue brindada a HGZ No. 2 y el HGO NO. 3, vulneran el derecho a la verdad de QV1 y VI1, que está relacionado con el derecho de acceso a la información en materia de salud y de acceso a la justicia de las víctimas de violaciones a los derechos humanos, al impedir conocer integralmente los hechos violatorios que padeció y la responsabilidad del personal médico que intervino en los mismos.

⁵⁸ Que se desmenuza fácilmente.

115. Finalmente es importante referir que, en el expediente clínico de QV1 sobre la atención que le fue brindada en el HGZ No. 2 y el HGO NO. 3, se pudieron advertir notas médicas sin la referencia del nombre, firma, servicio, número de matrícula o cédula del personal médico de la elaboró; con número de cédula y/o matrícula ilegible, con nombre incompleto; omisiones que, si bien no tuvieron un impacto en la salud física o psicológica de QV1, transgreden la NOM-004-SSA3-2012⁵⁹ y constituyen una mala práctica administrativa que impacta el elemento de accesibilidad del derecho al nivel más alto de salud posible de QV1.

116. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y de la atención que reciben.

117. A pesar de dichas Recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables

⁵⁹ 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.

del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

E. CULTURA DE PAZ

118. La Asamblea General de las Naciones Unidas examinó el proyecto titulado "Hacia una cultura de paz" en sus períodos de sesiones quincuagésimo y quincuagésimo primero en relación con el tema titulado "Cuestiones relativas a los derechos humanos"; en el programa del quincuagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea, celebrado en 1997, a solicitud de varios Estados se incluyó el tópico relativo a la cultura de la paz y, en el periodo siguiente, la Asamblea general proclamó el Decenio Internacional de una cultura de paz y no violencia para los niños del mundo y aprobó la Declaración y el Programa de Acción sobre una Cultura de Paz⁶⁰.

119. En esta Declaración se sientan las bases conceptuales de la cultura de paz, así como las directrices y medidas para su desarrollo y concibe a la cultura de paz como el conjunto de valores, actitudes, tradiciones, comportamientos y estilos de vida que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y su dignidad. Que pone en primer plano el compromiso con el arreglo pacífico de los conflictos, el respeto pleno y la promoción de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas y reconoce en su artículo 2° que el progreso hacia el pleno desarrollo de una cultura de paz se logra por medio de valores, actitudes,

⁶⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, Cultura de Paz. Disponible en: <https://www.un.org/es/ga/62/plenary/peaceculture/bkg.shtml>. Fecha de consulta: 17 de febrero de 2026.

comportamientos y estilos de vida propicios para el fomento de la paz entre las personas, los grupos y las naciones.

120. La paz no consiste exclusivamente en la ausencia de diferencias y conflictos. Es un proceso positivo, dinámico y solidario, ligado intrínsecamente a la democracia, la justicia y el desarrollo de todos, por el cual se respetan las diferencias, se fomenta el diálogo y los conflictos se transforman constantemente por medios no violentos en nuevas vías de cooperación⁶¹.

121. En ese sentido, esta Comisión Nacional retoma lo señalado en la Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz, en el sentido que, la cultura de la paz debe ser un propósito afín y común para todas las autoridades involucradas en el cumplimiento de los derechos humanos, pero también debe ser un compromiso de toda la sociedad; por ello, a través de sus determinaciones, busca propiciar mayormente esquemas de recomposición del tejido social, acciones encaminadas a exaltar el respeto a la vida, la dignidad de las personas y el arreglo pacífico de los conflictos como mecanismos para evitar la repetición de los hechos que generaron violaciones a los derechos humanos.

122. De ahí que, nos encontramos ante la posibilidad de contribuir a la construcción de una paz estable y permanente que consolide la transformación de la sociedad y fortalezca la confianza en sus instituciones, reconstruyendo así toda clase de paradigmas preexistentes, con el objeto de contribuir a la construcción y consolidación de una cultura de paz por medio de la reflexión, la investigación, la educación e iniciativas y acciones preventivas como la capacitación que este Organismo Nacional realiza a las autoridades que participan en labores de salud

⁶¹ Asamblea General de las Naciones Unidas, Solicitud de inclusión de un tema adicional en el programa del Quincuagésimo Segundo período de sesiones: Hacia una cultura de paz, Anexo: Memorando explicativo. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/52/191>.

pública, sobre todo, con el fin de anticipar soluciones a los grandes desafíos que, de otro modo, puedan desembocar en conflictos.

123. Por ello, este Organismo Nacional considera que la presente Recomendación constituye una oportunidad para que el IMSS concrete acciones y se sume a una cultura de la paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunte valores, actitudes y comportamientos que protejan y garanticen el respeto a la vida, a la salud, al ser humano y su dignidad, anteponiendo el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como en la comprensión entre los pueblos, colectivos y personas.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

124. Esta CNDH acreditó que las actuaciones de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito al HGZ No. 2; de AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito al HGO No. 3, incurrieron en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos de QV1, de conformidad con las acciones y omisiones descritas en el apartado que antecede, 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, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica de QV1, y al acceso a la información en materia de salud y al proyecto de vida de QV1 y VI1, mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

125. El 10 de agosto de 2023, AR1 omitió proporcionar a QV1, indicaciones médicas encaminadas al monitoreo de la presión arterial, tampoco se indicó la toma de estudios de laboratorio. AR2, AR3 y AR4, el 10 y 11 de agosto de 2023, omitieron analizar el caso de QV1 de manera integral, al reportar datos clínicos de forma

aislada, sin su debida integración, lo que retraso la identificación de datos de sufrimiento fetal y favoreció el deterioro del bienestar del producto de la gestación.

126. En cuanto a la atención del parto de QV1, AR5 y AR6 no implementaron de manera adecuada, las estrategias para inhibir el trabajo de parto, ni realizaron una vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal como fue referido, lo que favoreció la evolución natural del nudo verdadero hasta sus consecuencias finales, que fue la pérdida del producto de la gestación.

127. Finalmente, AR7, el 14 de agosto de 2023, cuando indicó el alta hospitalaria de QV1, omitió indicar un tratamiento dirigido a inhibir la lactancia, tampoco indicó interconsulta con el servicio de Psicología, ante el proceso de duelo que afrontaba QV1 por la pérdida de su producto de la gestación.

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

129. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones remita copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan al OIC-IMSS, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación del IA, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, ello, por la

inadecuada atención médica brindada a QV1 y la inobservancia a la NOM del Expediente Clínico, a fin de que se determine lo que en derecho corresponda, considerando lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, y resuelva lo que conforme a derecho corresponda.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

130. El artículo 1° de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos 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.

131. En el mismo sentido, el artículo 1° de la Convención 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.

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

133. 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.

134. 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.

135. Aunado a lo anterior, estas obligaciones adquieren especial valor cuando los hechos violatorios afectan a grupos históricamente excluidos o en desventaja, como en el caso, de las mujeres que buscan acceder a servicios de salud de calidad que les permita el más alto disfrute de su salud materna.

136. Cabe reiterar que en el caso de QV1, se pudo constatar que el IMSS, a través de sus propios procedimientos, no garantizó el cumplimiento del LTCS, el LTPE, el LTTO, la NOM-007-SSA2-2016, la GMAM y la Guía IMSS-058-08, lo que favoreció la pérdida del bienestar materno fetal y la pérdida del producto de la gestación; con ello se concluyó que el IMSS es responsable institucionalmente, al fallar en establecer mecanismos que garanticen el cumplimiento del deber a contribuir a la prevención de muertes que son evitables y a mejorar el conocimiento de su comportamiento, mediante el establecimiento de las causas verdaderas de las muertes en los certificados de defunción y de muerte fetal.

137. Dicha situación refleja la desigualdad que afrontan, en este tipo de servicios básicos, las mujeres; lo cual deriva en responsabilidad institucional, al no garantizarse en la Unidad Médica involucrada, atención médica adecuada en espacios libres de violencia obstétrica e institucional; 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, en un entorno libre de violencia, así como al ser omisa en prever todas aquellas acciones necesarias, para evitar la violación a los 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

138. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra, es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 64 y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación 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.

139. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto, 2 fracción I, 7 fracciones I, III y VI, 26, 27 fracciones I, II, III, IV y V, 61, 62 fracción I, 64 fracción II, 65 inciso c), 73 fracción V, 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96, 97; fracción I; 106, 110 fracción IV, 111 fracción I, 112, 126 fracción VIII, 130, 131, 144, 145, 146, 147 y 148 de la Ley General de Víctimas, 76 y 78 del Reglamento de la Ley General de Víctimas y, demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la

protección de la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica de QV1, así como al acceso a la información en materia de salud y al proyecto de vida en agravio de QV1 y VI1; este Organismo Nacional le reconoce a QV1 y VI1 su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente Recomendación; en esa virtud, el acceso a la Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que la autoridad recomendada deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV1 y VI1, 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 de esa Comisión Ejecutiva, a fin de que las víctimas puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

140. De conformidad con los artículos 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 autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien, las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

141. De igual forma, una vez que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, si éstas no inician el proceso para acceder a la reparación integral del daño o, en su

caso, no continúan con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de las víctimas, en el entendido que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; ello, para que cuando éstas así lo soliciten 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 acceder a la reparación integral señalada en el presente instrumento recomendatorio.

142. Siendo aplicable al caso lo previsto 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 la ONU; así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

143. 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:

a) Medidas de rehabilitación

144. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

145. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas, el IMSS en colaboración con la CEAV deberá proporcionar a las víctimas QV1 y VI1 la atención psicológica y/o tanatológica en caso de requerirla, 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, así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envían a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de satisfacción

146. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se pueden realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

147. De ahí que, el IMSS deberá colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios al IA radicado en el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de QV1, así como por las advertidas omisiones en la integración del expediente clínico en el HGZ No. 2 y en el HGO NO. 3; para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, a efecto de que dicha instancia las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación referida y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, remitan a este Organismo Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, ello, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

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

c) Medidas de no repetición

149. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de los hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las

medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

150. En ese sentido, el IMSS deberá diseñar e implementar en un plazo de seis meses, una vez aceptada la presente Recomendación, un ciclo de formación continua y profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica y al acceso a la información en materia de salud, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ No. 2, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activos; así como al servicio de Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGO No. 3, en especial a AR5, AR6 y AR7, en caso de encontrarse laboralmente activos, en el que se aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar; b) Identificación, diagnósticos y tratamiento de factores de riesgo en el embarazo, con especial énfasis en la identificación de casos de nudo verdadero e interrupción de la circulación materno fetal; c) Aplicación de perspectiva de género por el personal médico en la garantía de los servicios de salud; 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; dicho proceso se acreditará con la elaboración del programa para implementarse el respectivo ciclo de formación continua y profesionalización; asimismo, se deberá proporcionar un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de formación; ello en cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

151. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá emitir una circular y difundirla

ampliamente al personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ No. 2, incluyendo a AR1, AR2, AR3 y AR4, de continuar laboralmente activos; así como al servicio de Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGO No. 3, en la que se incluya a AR5, AR6 y AR7, en caso de encontrarse laboralmente activos, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica y al acceso a la información en materia de salud; asimismo, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir las personas servidoras públicas que omitan cumplir con las obligaciones que debe observar en el correcto desempeño de sus funciones o en los procesos de evaluación que el IMSS tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esta medida deberá realizarse en un periodo de dos meses. Hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello en cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

152. 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, a 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.

153. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted titular de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QV1 y VI1, 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 de esa Comisión Ejecutiva, a fin de que las víctimas puedan tener acceso a la Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas y su Reglamento. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a las víctimas QV1 y VI1 la atención psicológica y/o tanatológica en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, 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, así también, en caso de no requerirla, se deberá dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios al IA radicado en el OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 por las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de QV1, así como por las advertidas omisiones en la integración del expediente clínico en el HGZ No. 2 y el HGO NO. 3; para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan, a efecto de que dicha instancia

las tome en consideración como nuevos indicios o pruebas en la investigación referida y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, acorde con el artículo 100, párrafo tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hecho lo anterior, remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Diseñar e implementar en un plazo de seis meses, una vez aceptada la presente Recomendación, un ciclo de formación continua y profesionalización en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica y al acceso a la información en materia de salud, a fin de generar concientización del encargo del servicio público con perspectiva de derechos humanos, dirigido al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ No. 2, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, en caso de continuar laboralmente activos; así como al servicio de Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGO No. 3, en especial a AR5, AR6 y AR7, en caso de encontrarse laboralmente activos, en el que se aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar; b) Identificación, diagnósticos y tratamiento de factores de riesgo en el embarazo, con especial énfasis en la identificación de casos de nudo verdadero e interrupción de la circulación materno fetal; c) Aplicación de perspectiva de género por el personal médico en la garantía de los servicios de salud; 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; dicho proceso se acreditará con la elaboración del programa para implementarse el respectivo ciclo de formación continua y profesionalización. Hecho lo anterior, proporcionar a esta CNDH un reporte bimestral del avance en la impartición de las sesiones del ciclo de

formación, en los términos asentados en el apartado “c) Medidas de no repetición” de este instrumento Recomendatorio.

QUINTA. En un plazo máximo de dos meses de la aceptación de esta Recomendación, emitir una circular y difundirla ampliamente al personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ No. 2, incluyendo a AR1, AR2, AR3 y AR4, de continuar laboralmente activos; así como al servicio de Urgencias, Ginecología y Obstetricia y/o servicios homólogos del HGO No. 3, en la que se incluya a AR5, AR6 y AR7, en caso de encontrarse laboralmente activos, a cumplir con las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la protección de la salud materna, a una vida libre de violencia en su modalidad obstétrica y al acceso a la información en materia de salud; asimismo, de manera informativa se indicarán las responsabilidades en las que puedan incurrir las personas servidoras públicas que omitan cumplir con las obligaciones que debe observar en el correcto desempeño de sus funciones o en los procesos de evaluación que el IMSS tenga para la valoración de su correcto desempeño; el seguimiento de esta medida deberá realizarse en un periodo de dos meses; hecho lo anterior, remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

154. 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.

155. 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.

156. Con base en el fundamento jurídico previamente señalado, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a este Organismo Autónomo, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

157. 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