



RECOMENDACIÓN NO. 66 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1, MUJER INDÍGENA CH'OL, ATRIBUIBLES A PERSONAL DE LA UNIDAD MÉDICA RURAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SITUADA EN LA COMUNIDAD DE NUEVA ESPERANZA, EN TILA, CHIAPAS.

Ciudad de México, a 22 de octubre de 2021.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones I, II y IV; 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/4/2019/324/Q**, relacionado con el caso de violaciones a los Derechos a la Protección de la Salud y a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en agravio de V1.



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 4º, párrafo segundo de la Ley de la CNDH; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
MR	Médico o Médica Residente

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



Denominación	Acrónimo o abreviatura
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización Internacional del Trabajo	OIT
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Organización de la Sociedad Civil	OSC
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Órgano Interno de Control	OIC
Hospital Rural 32 situado en Ocosingo, Chiapas.	Hospital Rural
Unidad Médica Rural ubicado en “Nueva Esperanza”, Tila, Chiapas.	UMR
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
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

I. HECHOS.

5. El 6 de enero de 2019, en la página de internet: www.lajornada.com, se publicó la nota periodística con el título: “*Dejan en vientre materno un producto fallecido 15 días antes*”¹ (sic), en la cual se relató que integrantes de una OSC denunciaron que una mujer indígena ch’ol de 29 años de edad se encontraba grave en un Hospital Rural del IMSS ubicado en Ocosingo, Chiapas, debido a la negligencia médica

¹ <https://www.jornada.com.mx/2019/01/06/sociedad/026n1soc>



cometida por el personal que la atendió en una Unidad Médica Rural de esa dependencia situada en el municipio de Tila, en esa entidad federativa, ya que se afirmó “...dejó en el vientre de la víctima a un bebé fallecido por cerca de dos semanas...”.

6. En esa nota periodística se relató que, el 17 de diciembre de 2018, V1 acudió a su control prenatal a la UMR del IMSS ubicada en la comunidad de “Nueva Esperanza” para hacerse una revisión de rutina, ocasión en la cual la médica que la atendió le indicó que se encontraba todo normal; sin embargo, cuando asistió nuevamente el 3 de enero de 2019, la doctora le explicó que se encontraba en una urgencia obstétrica y que el producto de la gestación tenía aproximadamente 15 días de haber perdido la vida, por lo que le indicó que se trasladara directamente a un Hospital Rural que se sitúa en el municipio de Ocosingo, Chiapas.

7. Lo ocurrido a V1 fue también expuesto en el sitio de noticias: www.chiapasparalelo.com, en el que se publicó la nota periodística titulada: “Por una presunta negligencia médica, mujer de Tila pierde a su bebé y se encuentra grave”² (sic) en la cual se informó que esa OSC denunció también que los familiares de V1 exigieron una investigación a las autoridades del IMSS por la probable negligencia médica en su agravio, además de acotar que los hechos ocurridos: “...se suman condiciones alarmantes de rezago social, pobreza y falta de acceso a servicios de salud de las mujeres indígenas en la región Norte-Selva de Chiapas...”.

8. En razón de lo anterior, el 16 de enero de 2019, esta CNDH acordó iniciar de oficio el expediente de queja CNDH/4/2019/324/Q, por lo que para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias y se requirió información al IMSS, autoridad que remitió los informes de las personas servidoras públicas que intervinieron en los hechos,

² <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2019/01/por-una-presunta-negligencia-medica-mujer-de-tila-pierde-a-su-bebe-y-se-encuentra-grave/>



así como copia del Expediente Clínico de V1, entre otras evidencias, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Correo electrónico del entonces Presidente de esta CNDH que envió a personal de la entonces Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia sobre la nota periodística publicada el 6 de enero de 2019, en el portal de internet www.lajornada.com, con el título: “*Dejan en vientre materno un producto fallecido 15 días antes*”, en la que se expuso el caso de V1.

10. Acuerdo de Radicación de queja de oficio de 16 de enero de 2019, por el cual este Organismo Nacional determinó iniciar el expediente CNDH/4/2019/324/Q.

11. Fe de hechos de 1 de abril de 2019, en la cual personal de esta CNDH hizo constar la consulta e integración al expediente que originó el presente pronunciamiento la nota periodística titulada: “*Por una presunta negligencia médica, mujer de Tila pierde a su bebé y se encuentra grave*”, difundida el día 6 de enero de ese año, en el portal de noticias de internet www.chiapasparalelo.com.

12. Oficio V4/16585 de 25 de marzo de 2019, mediante el cual se solicitó al IMSS el informe sobre los hechos presuntamente violatorios.

13. Oficio número 095217614C21/884 de 10 de abril de 2019, mediante el cual el IMSS aportó información sobre el caso de V1 y remitió las siguientes constancias:

13.1 Informe pormenorizado del 27 de marzo de 2019, que sobre los hechos rindió SP1 en su calidad de Director del Hospital Rural.

13.2 Informe médico rendido el 29 de marzo de 2019 por SP2, sobre el caso de V1.



- 13.3** Informes de enfermería del 1 de abril de 2019, suscritos por SP3 y SP4.
- 13.4** Expediente clínico integrado con motivo de la atención otorgada a V1 en el IMSS.
- 13.5** Oficio 57030873200/AC.0086/2019, de 1 de abril de 2019, suscrito por SP1 y mediante el cual rindió un informe sobre la atención médica otorgada a V1 en el Hospital Rural.
- 13.6** Oficio 0709001051100/Q.0291, de 2 de abril de 2019, mediante el cual la Titular de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Chiapas informó que se orientó vía correo electrónico a integrantes de la OSC para que formalizaran su queja administrativa e indicó que no se dio vista de los hechos al OIC en el IMSS.
- 13.7** Informe pormenorizado de fecha 29 de mayo de 2019, suscrito por SP5 respecto al caso de V1.
- 14.** Oficio número 095217614C21/1627 de 27 de junio de 2019, mediante el cual el IMSS aportó las siguientes constancias:
- 14.1** Copia del Certificado de Muerte Fetal emitido el 3 de enero de 2019.
- 14.2** Copia certificada de los Expedientes Clínicos integrados con motivo de la atención otorgada a V1 en la UMR y en el Hospital Rural.
- 15.** Oficio número 095217614C21/2995 de 24 de octubre de 2019, mediante el cual el IMSS informó a esta CNDH que, el 28 de agosto de ese año, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo de la Delegación Chiapas resolvió en sentido improcedente el Expediente QM, relacionado con el caso de V1.



16. Opinión médica emitida el 29 de enero de 2021, por personal de esta CNDH sobre el caso de V1, en la cual se determinó que existió una inadecuada atención clínica durante su control prenatal, ya que pese a los multifactores de riesgo que se identificaron desde la primera consulta, nunca fue referida a un segundo nivel de atención, lo cual condicionó la supervivencia del producto de la gestación.

17. Acta circunstanciada, de 3 de marzo de 2021, en la que se hizo constar la conversación telefónica que personal de esta CNDH sostuvo con V1 en la cual reiteró su inconformidad con los hechos ocurridos en su agravio y aclaró que no presentó denuncia ni queja administrativa respecto a la atención que se le otorgó en el IMSS.

18. Acta circunstanciada de 6 de mayo de 2021, relacionadas con las entrevistas telefónicas que personal de esta CNDH sostuvo con V1 en las que relató cuál fue la atención que se le brindó en la UMR e indicó que se encuentra embarazada, pero ya no es su deseo recibir el servicio médico en el IMSS.

19. Correo electrónico de 24 de mayo de 2021, mediante el cual personal del IMSS remitió información sobre las diligencias que, en el mes de febrero del año curso, el Comité de Salud en Nueva Esperanza realizó con V1 para convencerla para que reciba en la UMF atención médica prenatal.

20. Acta circunstanciada de 7 de julio de 2021, en la que se hizo constar la conversación telefónica que personal de esta CNDH sostuvo con V1 quien indicó que se encuentra estable y recibe atención médica en una clínica privada.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El IMSS informó que la Titular de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Chiapas solamente sugirió, vía correo



electrónico, a integrantes de la OSC para que formalizaran una queja administrativa relacionada con la atención médica que se le otorgó a V1.

22. De igual modo, personal del IMSS aclaró a esta CNDH que no se dio vista de los hechos motivo de la queja al OIC.

23. El 28 de agosto de ese año, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo de la Delegación Chiapas del IMSS resolvió en sentido improcedente el expediente QM, relacionado con el caso de V1.

24. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna de que se hubiese iniciado Carpeta de Investigación relacionada con los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

25. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2019/324/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la CNDH, a continuación, se realizará el análisis sobre los elementos de convicción que permiten acreditar las violaciones a Derechos Humanos a la Protección a la Salud y a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en agravio de V1, conforme a lo siguiente:

A. Consideraciones Contextuales de marginación y pobreza respecto del municipio de Tila, Chiapas.

A.1 Condición de rezago social en el municipio de Tila, Chiapas.

26. De acuerdo con el censo poblacional realizado en el año 2020, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) es Chiapas el Estado de la República Mexicana “*con mayor población de 5 años y más hablantes de alguna lengua*



*indígena con 1,387,295 personas*³. Entre los pueblos o comunidades indígenas con mayor presencia en esa entidad federativa se encuentran *akatecos, ch'oles, chujes, jakaltecos, k'iches, lacandones, mames, mochós, tekos, tojolabales, tseltales, tsotsiles y zoques*⁴.

27. El municipio de Tila se localiza al norte del Estado de Chiapas, es una zona rural, con un grado de marginación muy alto y, en el año 2015, fue ubicado entre los 15 municipios del país con mayor número de personas en situación de pobreza extrema (se reportaron 52,809 habitantes en esa condición)⁵.

28. De acuerdo con el “Informe Anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021”⁶ emitido por la Secretaría de Bienestar, el municipio de Tila presenta los siguientes indicadores: 28,226 (36.0%) habitantes se encuentran en situación de atraso educativo; 13,265 (16.9%) tienen rezago en el acceso a los servicios de salud; 69,765 personas (88.9 %) no poseen acceso a la seguridad social; 44,226 pobladores (56.4%) se encuentran en situación de precariedad en la calidad y espacios de vivienda; 73,167 (93.3%) tienen carencias en los servicios básicos de vivienda y 15,662 (20.0%) presentan escasez alimentaria⁷.

³ Información sobre la población que habla lengua indígena y su distribución por sexo y grupos de edad, así como las principales lenguas que se hablan en el país. Consultado en: <https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/> (16/06/2021).

⁴ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Atlas de los Pueblos Indígenas de México, Población Indígena en el Estado de Chiapas al año 2015. Consultado en: http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=7181 (30/06/2021).

⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Estudio de Medición de la Pobreza en México. Pobreza a nivel municipio 2010 y 2015. Consultado en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx> (30/06/2021).

⁶ Secretaría de Bienestar: <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social> (consultado: 08/07/2021).

⁷ Informe Anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021, Chiapas, Tila. Consultado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/610926/Informe_anual_2021_mun_07095Tila.pdf (08/07/2021).



29. Conforme a ello, esta CNDH considera que, en el presente caso, es necesario tomar en cuenta la situación de pobreza, rezago social, precariedad en el acceso a servicios que enfrenta esa región, lo cual impacta en el modo de vida de V1 como mujer indígena, pues la coloca en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad con relación a las circunstancias en las que ocurrieron los hechos, lo que se traduce también en un amplio grado de marginación respecto a las violaciones a Derechos Humanos que se cometieron en su agravio, tal y como se detallará en el presente documento.

A.2 Salud materna de las mujeres indígenas.

30. A pesar de los avances en la medicina y en la atención materno infantil, aún persiste una brecha importante en la atención de las mujeres indígenas, *“Las mujeres y las niñas adolescentes se enfrentan a obstáculos considerables a la hora de acceder a tratamiento médico, a pesar de que normalmente experimentan riesgos en materia de salud más elevados. Aunque algunos incluyen la discriminación directa, los motivos también se basan en una amplia gama de factores sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos. Estos factores se cruzan y tienen una repercusión en las experiencias de las mujeres y las adolescentes indígenas de formas variadas y complejas [...] Debe tenerse en cuenta que no se trata de distinciones excluyentes, sino que deben entenderse como distintos puntos en un continuo de servicios estructurales”*.⁸

31. Estudios sobre la atención de las mujeres indígenas han demostrado que hay una falta de información y de comprensión de los procedimientos, también se han encontrado distintos obstáculos para que las mujeres indígenas accedan a una atención obstétrica adecuada, por ejemplo *“Las mujeres de mayor edad tuvieron más dificultades para entender español, y por ello con frecuencia realizaron*

⁸ Hoja Informativa: Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas, UNFPA, UNICEF, ONUMJERES. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf



*interpretaciones negativas sobre la calidez de la atención obstétrica, basadas en las acciones del personal de salud observadas durante la atención; un ejemplo de esto fueron las opiniones negativas sobre la atención hacia los recién nacidos. Adicionalmente, percibieron poca empatía del personal de salud hacia su estado y su experiencia de partos previos no fue valorada, y algunas de ellas tuvieron el alumbramiento durante la espera para ser atendidas y no dentro de la sala de partos se quejaron de los tactos vaginales, se sintieron maltratadas verbalmente y discriminadas por ser indígenas y por no entender los procedimientos biomédicos. Otro aspecto que no les gustó fue la insistencia del personal de salud para el uso de métodos anticonceptivos definitivos. Estas experiencias se transmitieron hacia las otras mujeres de la comunidad e impactó negativamente en la asistencia a sus citas médicas”.*⁹

A.3 Condición de vulnerabilidad de V1.

32. Para esta CNDH es de vital importancia visibilizar las distintas condiciones de vulnerabilidad con las que V1 cuenta, con el objetivo de analizar e investigar el caso bajo la máxima protección de sus derechos humanos.

33. Por tal motivo es importante apuntar que “*son precisamente las mujeres jóvenes y adolescentes pertenecientes a grupos empobrecidos y/o excluidos, las que enfrentan mayores violaciones de sus derechos humanos*”¹⁰, como ocurrió en el caso de V1 al ser una mujer indígena, en situación de vulnerabilidad.

34. Conforme a la información recabada por esta CNDH, V1 es una mujer indígena, que al momento de los hechos tenía 30 años, hablante de la lengua ch’ol, habitante

⁹ Clara Juárez-Ramírez, Aremis Villalobos, Alma L. Saucedo-Valenzuela, Gustavo Nigenda, "Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud", Gaceta Sanitaria, Volumen 34, Issue 6, 2020, Págs. 549-550. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301621?via%3Dihub>

¹⁰ Alejandro Morlachetti, "Hacia la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el Sistema Interamericano" página 136.



de la comunidad de Nueva Esperanza situada en el municipio de Tila, Chiapas, con nivel de escolaridad secundaria incompleta, cursaba su tercer embarazo, vivía en unión libre con V2, habita con V3 y V4, sus 2 hijos varones, uno de ellos, nació con un problema en la espina dorsal que le dificulta el movimiento.

35. En ese orden de ideas, es necesario visualizar de manera clara y concreta el contexto de vulnerabilidad de V1, respecto a su situación personal, étnica y socioeconómica como mujer indígena que reside en una de las regiones del país con mayor rezago social, como es la comunidad de Nueva Esperanza, en el municipio de Tila, Chiapas. Lo anterior, con el fin de contar con un panorama general sobre las condiciones y circunstancias que prevalecieron al momento en que ocurrieron los hechos, para con ello establecer una perspectiva que permita concebir la naturaleza pluriofensiva de las violaciones a Derechos Humanos que se analizan, en particular, sobre aspectos específicos en que se desarrolló la atención médica prenatal que se le otorgó a V1.

B. Derecho a la Protección de la Salud.

36. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

37. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean*



proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”¹¹.

38. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que la salud es “[...] *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*”.

39. Esta CNDH ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹².

40. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, “[...] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*”¹³. Por lo que, “[t]odo ser humano

¹¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

¹² CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párrafo 21.

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.



*tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*¹⁴.

B.1 Derecho de protección a la salud materna.

41. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su numeral 12.2 establece que “[...] *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*”.

42. Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, específicamente en relación con la Protección de la Salud Reproductiva, el Comité CEDAW de la Organización para las Naciones Unidas (ONU), en su Recomendación General 24 señala que “[...] *el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”.

43. Al respecto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, que en su Tercer Objetivo “Salud y Bienestar” para “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, previenen que una de las metas para el año 2030 es “[...] *poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos*”.

44. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su “*Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos*”

¹⁴ 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.



humanos”, ha dispuesto que es “[...] *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*”¹⁵.

45. En ese sentido, esta CNDH ha sido enfática en visualizar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto de la gestación, toda vez que: “[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*”¹⁶, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de que su salvaguarda se realiza esencialmente a través de ella.

46. Es por esa razón que esta CNDH considera que la prestación del servicio médico que se brinde a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud.

¹⁵ CIDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

¹⁶ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud” 31 de julio de 2017, párrafo 180, página 65.



47. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica otorgada a V1, en la que se advierten una serie de irregularidades, que son motivo de la presente Recomendación.

B.2. Inadecuado control prenatal¹⁷ de V1.

48. De las constancias que integran el expediente de queja, esta CNDH constató que durante su tercer embarazo V1 recibió atención médica prenatal en la UMR situada en Nueva Esperanza, Tila, en los días que a continuación se mencionan: el 14 de junio, 16 de julio, 13 de agosto, 17 de septiembre, 9 de octubre, 8 de noviembre y 17 de diciembre de 2018, así como el 3 de enero de 2019. En todas esas ocasiones V1 fue atendida por AR.

49. En su primera consulta ocurrida el 14 de junio de 2018, V1 fue valorada por AR quien refirió que V1 acudió a control prenatal por “*primera vez*” por cursar “*amenorrea*”¹⁸ de 2 meses de evolución, con resultado de ultrasonido que reportó “*...EMBARAZO DE 8.6 SDG...*”, además asentó como antecedentes clínicos “*...madre hipertensa y hermanos diabéticos...*”, “*...cesárea hace 10 años por producto mielomeningocele...*”, describió también que V1 es hablante de la lengua ch’ol, registró peso de 72 kilogramos, talla de 1.44 metros, con índice corporal de 33.2, es decir, identificó que presentaba obesidad.

50. Continuando con la exploración, AR detalló que V1 no mostraba alteraciones físicas, a nivel abdominal describió que el fondo uterino aún no era palpable y que

¹⁷ El control prenatal se define como “Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza”. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC, 2017.

¹⁸ Ausencia de menstruación.



la frecuencia cardiaca fetal todavía no era audible por las semanas de gestación; asimismo, estableció que V1 presentaba un riesgo obstétrico alto¹⁹, pues advirtió que cursaba con factores clínicos que incrementaban la probabilidad de complicaciones adversas para el binomio materno-fetal.

51. En esa primera consulta de control prenatal AR asentó que otorgó a V1 la siguiente orientación: “...*ALIMENTACIÓN SALUDABLE. SE DA PLATICA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA/ALOJAMIENTO CONJUNTO MEDIDAS HIGIENICAS ADECUADAS SANEAMIENTO BÁSICO EJERCICIO MODERADO SE ORIENTA SOBRE SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA, ACUFENOS, FOSFENOS, EDEMA) PERDIDAS TRANSVAGINALES O SANGRADO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, QUE EL BEBE NO SE MUEVA...*”. (sic)

52. De igual modo, debido a la condición de riesgo advertido en V1, en esa consulta prenatal se emitió el documento denominado “Consentimiento Informado para Embarazadas de Alto Riesgo” en el cual asentó que V1 manifestó: “...*Se me informó que mi embarazo es de riesgo. Que existe una red social para apoyarnos en el traslado al hospital. Que es conveniente acudir a revisión médica si llegara a tener alguna duda, molestia o cuando se me indique. Que es favorable trasladarme al hospital más cercano, en caso de presentarse algún signo de alarma, por indicación médica o cuando sea necesario para ser atendida por el personal del hospital (cuando menos 5 días previos al parto). Que conozco los riesgos de mi embarazo y cuento con el apoyo familiar más cercano para cuidar de mí en los momentos más importantes de la evolución del parto y puerperio en caso de ser necesario...*”.

¹⁹ El embarazo de alto riesgo es aquel que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009.



53. Con relación a lo anterior, en la Opinión Médica emitida por esta CNDH se destacó que acorde a los antecedentes no patológicos que AR describió respecto a V1 precisó que es una persona hablante de la lengua ch'ol, habitante de una zona de alto rezago social; sin embargo, pese a esa circunstancia, en el aludido consentimiento informado no se asentó que V1 hubiese comprendido íntegramente la información proporcionada por el personal médico sobre su situación de salud, ni que los datos de alarma y/o riesgos inherentes a su condición clínica que presentaba respecto a su embarazo fueran explicados con claridad y/o comprendidos íntegramente por V1, situación que será analizada más adelante.

54. Al respecto, la Ley General de Salud en su artículo 51 Bis 1, establece que: *“Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua”.*

55. Por otra parte, el 16 de julio de 2018, V1 acudió nuevamente a la UMR y fue valorada por AR quien describió que cursaba la semana 13 de embarazo, con signos vitales dentro de los parámetros establecidos y un peso de 72 kilogramos, reiteró que el fondo uterino no era valorable y la frecuencia cardiaca todavía no era audible; asimismo, reportó el resultado de laboratorios solicitados en la consulta anterior, mismos que indicó se encontraban dentro de los parámetros establecidos.

56. De acuerdo a la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, AR omitió reportar los motivos por los cuáles el fondo uterino no era valorable o la condición clínica que impedía esa medición; asimismo, se hizo notar que, si bien, los resultados de laboratorio que se mencionan se encontraron sobre los límites



establecidos, la médica tratante fue omisa en indicar a V1 que incrementara la ingesta de líquidos ante la ligera presencia de turbidez detectada en el examen general de orina, lo cual en ese momento constituía un factor de riesgo para que padeciera alguna complicación durante la gestación, ante la posibilidad de presencia de infección en las vías urinarias, situación que se aclara no ocurrió.

57. Posteriormente, el 13 de agosto de 2018, V1 acudió nuevamente a consulta prenatal a la UMR, ocasión en la cual AR describió que V1 se encontraba en la semana 17 de embarazo y detalló: “... *TAMPOCO SE OBSERVA INCREMENTO DE PESO EN MESES ANTERIORES, SIN EMBARGO, SE OBSERVA QUE EL DIA DE HOY HAY UN INCREMENTO DE FIBRO UTERINO DE 16 CTMS...*” (sic), asimismo, precisó que a la exploración física la encontró sin alteraciones y estableció que cursaba un embarazo “...*NORMOEVOLUTIVO...*”.

58. El personal médico de esta CNDH que elaboró la Opinión Médica destacó que desde el inicio de su control prenatal y, hasta esa fecha, es decir, el periodo comprendido del 14 de junio al 13 de agosto de 2018, V1 no mostró aumento de peso; a pesar de esa condición clínica, AR omitió allegarse de mayores elementos para conocer las causas u origen clínico de esa circunstancia, por ejemplo: vómito, ausencia de apetito, carencias económicas, falta de acceso a alimentación y/o alguna anomalía en el producto de la gestación.

59. En la mencionada Opinión Médica se hizo también notar que, pese a que esa condición clínica en el peso de V1 había persistido por casi 2 meses de embarazo, AR no le indicó la práctica de estudios o análisis clínicos diversos - tales como un ultrasonido- para corroborar el bienestar del binomio-materno fetal; lo cual también se sumó a la omisión de enviar a V1 a un segundo nivel de atención a fin de que fuera valorada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, para dar seguimiento a su embarazo clasificado como de alto riesgo, lo que aumentó la existencia de complicaciones obstétricas como se detallará más adelante.



60. El 17 de septiembre de 2018, V1 fue nuevamente valorada en la UMR por AR quien estableció que V1 cursaba la semana 22 de gestación y a la exploración física reportó: “...*AUN SIN GANANCIA DE PESO CORPORAL, AUNQUE GANANCIA DE FONDO UTERINO, ESTE MES INCREMENTA 4 CMTS...*” (sic), por lo que fue hasta esa fecha en que AR solicitó a V1 la práctica de un ultrasonido obstétrico y la citó para el día 9 de octubre de ese año.

61. El 9 de octubre de 2018, V1 acudió nuevamente a consulta de control prenatal con AR quien al examinarla reportó que cursaba la semana 25 de embarazo, con signos vitales dentro de los parámetros normales, sin alteraciones en los sistemas nervioso, cardíaco, respiratorio y/o digestivo; también describió que presentaba una altura del fondo uterino de 26 centímetros (en zona de hipertrofia²⁰ de acuerdo a la edad gestacional), con frecuencia cardíaca fetal normal, sin contracciones uterinas; además en la exploración vaginal presentó datos de “...*LEUCORREA AMARILLENTO NO FETIDA...*”²¹ y disuria²².

62. En esa consulta prenatal AR detalló que V1 incrementó solamente 200 gramos en su peso respecto a su anterior consulta, también indicó que encontró una altura del fondo uterino de 26 centímetros, lo cual es considerado un parámetro anormal, aunado a que acorde a los resultados del ultrasonido indicado AR hizo notar que el producto de la gestación presentaba “*circunferencia simple de cordón a cuello*” (sin que esto representara alguna complicación evidente) y no reportaba otras alteraciones.

63. Sobre esa consulta prenatal, el personal médico de esta CNDH que elaboró la Opinión Médica hizo notar que, pese a reportar que V1 indicó que presentaba flujo

²⁰ Hipertrofia: Aumento del tamaño de un órgano o tejido, secundario al aumento de tamaño de sus células constituyentes. Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra.

²¹ Leucorrea: descarga vaginal anormal, escurrimiento de secreción vaginal atípica asociada frecuentemente a ardor y/o prurito, así como mal olor vaginal. Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 11 de diciembre de 2014, página 52.

²² Disuria: Emisión dolorosa o dificultosa de la orina.



vaginal y manifestó dolor al orinar, AR no se allegó de mayor información clínica respecto a esos síntomas, lo cual constituyó un obstáculo evidente para la obtención de un diagnóstico certero sobre la condición clínica del binomio materno fetal.

64. Además de que prevalecía la poca ganancia de peso en V1 e identificar anomalías en los resultados de la medición del fondo uterino, AR omitió allegarse de mayores elementos técnicos científicos para determinar las causas por las cuáles el binomio materno fetal presentaba esa alteración clínica; asimismo, aun cuando se identificaron y documentaron los diversos factores de riesgo que V1 cursaba en ese momento respecto a su embarazo, no fue referida a un segundo nivel de atención médica para una valoración especializada, ni tampoco se expusieron las razones o motivos que impidieran esa circunstancia, como lo son factores económicos, acceso geográfico, falta de transporte, entre otros.

65. Cabe mencionar que la Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en V1 ” establece que “...*Es recomendable evaluar el riesgo de diabetes gestacional en toda persona embarazada desde la primera consulta prenatal...*”, asimismo, ya que evidencia que “...*se han identificado también como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional: edad materna mayor a 30 años, historia previa de diabetes gestacional (DMG), historia familiar de diabetes, IMC mayor a 30, historia de abortos o muerte fetal in útero de causa inexplicable...*”²³

66. Sobre este aspecto, en la mencionada Opinión Médica se observó que a pesar de que desde el inicio de su control prenatal AR hizo notar que V1 presentaba diversos factores de riesgos en su salud (edad materna mayor de 30 años, historia familiar de diabetes, obesidad) y que estos eran compatibles con la posibilidad de desarrollar diabetes gestacional, AR omitió realizar a V1 una prueba de tolerancia a

²³ Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS, 2017, página 26.



la glucosa para confirmar esa condición, situación que también impidió una vigilancia estricta respecto a posibles complicaciones en el binomio materno fetal.

67. Es importante destacar también que, acorde a la información que obra en el Expediente Clínico de V1, AR hizo constar durante las distintas consultas clínicas que realizó durante el control prenatal de V1 no complementó su diagnóstico o hallazgos clínicos en razón de que “...*BILILASTIX NO SE REALIZA NO HAY TIRAS DE BILILASTIX...*”; es lo cual significa que la UMR no se contaba con los insumos médicos necesarios para realizar pruebas reactivas de orina, situación que incrementó el riesgo de pasar desapercibidas alteraciones tanto en V1 como en aquellas personas que requirieron ese método de diagnóstico.

68. Además, pese a las alteraciones identificadas en las mediciones en el fondo uterino que se hallaron en V1 en la consulta prenatal del 9 de octubre de 2018, AR no hizo alusión sobre algún reporte relacionado con la fetometría del producto de la gestación, para confirmar o descartar alguna alteración en el crecimiento, lo cual toma relevancia, pues si bien ello no garantizaba que las complicaciones que presentó el binomio materno fetal no sucedieran, su realización hubiese aumentado las posibilidades de supervivencia del producto de la gestación ante la identificación de factores de riesgo.

69. De acuerdo a la valoración realizada al Expediente Clínico de V1, se observó que no fue aportada la nota médica correspondiente a la cita de control prenatal ocurrida el 8 de noviembre de 2018; no obstante, la autoridad remitió la “Tarjeta de Control de la Mujer Embarazada y en Lactancia” en la que se hizo constar que V1 acudió a cita de control prenatal como se le indicó y en ese documento se registró que V1 reportó un peso de 72 kilos con 800 gramos y una tensión arterial de 73.3, lo cual permite advertir una discreta ganancia de peso y un presión arterial dentro de los parámetros normales; sin embargo, la falta de la nota médica correspondiente resulta un obstáculo para determinar cuál era la condición clínica del binomio



materno-fetal en ese momento, así como determinar si se brindó a V1 la asesoría clínica respectiva.

70. El 17 de diciembre de 2018, V1 acudió a su cita de control prenatal, ocasión en la cual AR la reportó cursando 35 semanas de gestación, describió que su temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial se encontraban dentro de los parámetros normales, asimismo, hizo constar que a la exploración abdominal V1 presentó un crecimiento del fondo uterino de “...28 CMTS...”, aumento que, acorde a la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, se ubicaba dentro de la zona de hipotrofia, es decir, un desarrollo inferior o anormal.

71. Con relación a los hallazgos obtenidos en esa consulta prenatal, el personal de esta CNDH que elaboró la Opinión Médica sobre el servicio otorgado a V1 destacó que, si bien, se reportó un aumento de peso de 1,700 kilogramos, respecto a su anterior valoración médica ocurrida el 18 de noviembre de ese año, lo cierto es que desde el inicio de su atención prenatal y hasta esa fecha, V1 presentó únicamente un aumento de peso global de 2,500 gramos.

72. Con relación a ello, se destaca que la mencionada Guía de Práctica Clínica “Control prenatal con atención centrada en la paciente” recomienda que la ganancia de peso durante el embarazo en pacientes con obesidad (como era el caso de V1) sea de 5 a 9 kilogramos²⁴; sin embargo, en el caso que nos ocupa se observó que, a esa fecha, V1 reportó solamente una ganancia peso global de 2,500 gramos, esto es, por debajo a la medida sugerida en ese compendio clínico.

73. No pasa desapercibido para esta CNDH que la Guía de Práctica Clínica “Parto después de una cesárea” recomienda que cuando en el primer nivel de atención se detecte que una paciente embarazada tenga el antecedente de una cesárea, deberá

²⁴ Op. Cit, página 66.



ser enviada al segundo nivel de atención para su seguimiento y manejo, preferentemente entre las semanas 34 y 36 de gestación²⁵.

74. En el caso que nos ocupa, se observó que, acorde a la valoración realizada el día 17 de diciembre de 2018, V1 cursaba ya la semana 35 de gestación y tenía antecedente de cesárea previa en su primer embarazo -tal y como quedó documentado desde el inicio de su control prenatal-, por lo que desde ese momento ameritaba ya ser referida a un segundo nivel de atención, situación que no ocurrió, pues solamente se le citó el día 3 de enero de 2019, para continuar con su control prenatal.

75. A esto se suma que, aunque prevaleció el estancamiento en la ganancia de peso en V1 y se identificaron anomalías en las mediciones del fondo uterino, así como los diversos factores de riesgo en el binomio materno fetal tales como: embarazo previo por mielomeningocele, obesidad (con índice de masa corporal mayor a 30), edad materna mayor de 30 años, periodo intergénésico largo (10 años transcurrieron desde el anterior embarazo) elementos clínicos y predisposición heredofamiliar para desarrollo de diabetes gestacional, antecedente de cesárea, AR no realizó la referencia de V1 a un segundo nivel de atención para que recibiera una valoración clínica integral y especializada, omisión que aumentó el riesgo de complicaciones que derivaran en la mortalidad y morbilidad del producto de la gestación.

76. Destaca que el hecho que, aunque en esa consulta prenatal AR otorgó a V1 orientación sobre los datos de alarma obstétrica (dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, inflamación, pérdidas transvaginales, sangrado, disminución de movimientos fetales, dolor abdominal) y le otorgó también cita abierta a urgencias, lo cierto es que, esta CNDH considera que, de haberse realizado la referencia de manera oportuna de V1 a un segundo nivel de atención, hubiese

²⁵ Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013, página 30.



tenido acceso a un servicio médico integral que favorecía a reducir las complicaciones materno-fetales que derivaron en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

77. Lo anterior es así, ya que como se ha mencionado a lo largo del presente documento, las diversas anomalías y patologías identificadas en V1 durante su control prenatal ameritaban desde el inicio de la atención prenatal un manejo y vigilancia especializada que favorecieran su diagnóstico certero, así como tratamiento específico y oportuno sobre su caso; de ahí que considerar que, en el contexto específico de V1 la simple información sobre un embarazo de alto riesgo y/o la mera orientación de datos de alarma obstétrica, así como una cita abierta a urgencias, por sí mismos, no pueden considerarse medidas eficaces o eficientes para reducir las condición de riesgo obstétrico latente que enfrentó el binomio materno fetal desde el inicio de la gestación.

B.3. Pérdida de la vida del producto de la gestación.

78. El 3 de enero de 2019 a las 11:39 horas, V1 acudió nuevamente a la UMR siendo atendida por AR quien en la correspondiente nota médica asentó: *“...ACUDE EL DIA DE HOY LA PACIENTE PARA REALIZARLE 4308, COMO ESTABA PROGRAMA (sic) SU CONSULTA PARA EL DÍA DE HOY PARA ENVÍO DE ATENCIÓN DE PARTO...”*, lo cual sugiere que AR estableció que el motivo de que acudió V1 a consulta era para que la refiriera a un siguiente nivel de atención y no por presentar datos de alarma obstétrica.

79. De igual modo, AR reportó que V1 le indicó: *“...HACE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS, APROXIMADAMENTE EL DÍA 26 DE DICIEMBRE DE 2018... [PRESENTÓ]...CONTRACCIONES, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES ASI COMO PRESENCIA DE SALIDA DE LÍQUIDO SEROHEMÁTICO EL CUAL ESTUVO PRESENTE DESDE EL DIA DE AYER... DEJO DE PERCIBIR*



MOVIMIENTOS FETALES DURANTE ESOS 8 DIAS HASTA EL DÍA DE HOY...". En otras palabras, AR hizo constar que, en días previos, V1 cursó con datos de alarma obstétrica (edema de miembros inferiores, salida de líquido transvaginal y movimientos fetales no perceptibles); sin embargo, como se indicó, asentó que el motivo de su presencia era obtener una referencia a hospital, no así recibir atención por urgencia obstétrica.

80. AR asentó también en la respectiva nota médica de ese día 3 de enero de 2019, que V1: *"...DECIDIÓ IRSE AL CURANDERO REFIRIENDO QUE A LOS 2 DÍAS DESPUÉS DE ACUDIR CON EL, DESAPARECIO EL EDEMA Y EL DOLOR AUNQUE PERSISTIA LA FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES...";* asimismo, detalló que pese a esos síntomas *"...DECIDIO NO ACUDIR A LA UMR NI MUCHO MENOS AL HOSPITAL...POR LO QUE DECIDIO ESPERAR SU CITA EN UMR QUE ES EL DÍA DE HOY...".*

81. Sobre este aspecto en particular, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH destaca que, si bien, AR hizo constar que fue la "decisión" de V1 de no acudir al servicio médico ante esa emergencia obstétrica, lo cierto es que no asentó las razones por las cuales V1 tomó de esa determinación y optó por *"esperar su cita de control prenatal"* e incluso tampoco reportó si V1 le hizo saber si estaba o no consciente que ante la falta de movimientos fetales, el producto de la gestación se encontraba en riesgo.

82. Continuando con la exploración física AR describió que V1 se encontraba con tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura dentro de límites establecidos, la frecuencia respiratoria aumentada (taquipnea), una pérdida de peso de 2500 gramos y sin alteraciones físicas maternas aparentes; a nivel abdominal relacionado con el producto de la gestación describió que la frecuencia cardíaca fetal no era audible y ausencia de la percepción de los movimientos fetales.



83. Al respecto de los signos fetales mencionados, la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único, refiere que *“aunque no hay datos clínicos precisos de muerte fetal se han considerado como datos de sospecha relevantes o altamente sugestivos los siguientes: a) ausencia de movimientos fetales, b) ausencia de crecimiento uterino, c) ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Para un diagnóstico de certeza antes del nacimiento, el ultrasonido en tiempo real es el indicado, pudiendo ser necesario otros estudios de acuerdo a la duda diagnóstica o a la disponibilidad de recursos [...]”*.²⁶

84. En el caso particular de V1, se observó la presencia de datos clínicos sugestivos de muerte fetal: i) ausencia de frecuencia cardíaca fetal, ii) pérdida de peso y iii) presencia de flujo sanguinolento referido por la paciente²⁷, datos clínicos sugestivos muerte fetal, razón por la cual AR estableció como sospecha diagnóstica *“...OBITO FETAL...”* y, de manera adecuada, en ese momento resolvió referirla al siguiente nivel de atención para la realización de ultrasonido obstétrico con la finalidad de corroborar el diagnóstico.

85. Cobra entonces relevancia para esta CNDH el hecho de que, si bien, en el Expediente Clínico que se analizó obran constancias en las cuales se advierte que, durante las consultas de control prenatal AR otorgó a V1 consejería respecto a que cursaba un embarazo de alto riesgo, así como de los diferentes síntomas o signos en caso de alarma obstétrica para que V1 acudiera a los servicios de salud, lo cierto es que, ello no es evidencia suficiente para eludir que la omisión de AR de referir oportunamente a V1 a un segundo nivel de atención para una valoración, diagnóstico y/o tratamiento especializado, aumentó el riesgo de complicaciones

²⁶ Diagnóstico y tratamiento de la Muerte Fetal con Feto Único. México: Secretaría de Salud, 2010.

²⁷ Cuadro II. Factores de riesgo y diagnóstico de muerte fetal. Datos Clínicos: Desaparición de movimientos fetales, pérdida de peso, regresión del tamaño de los senos, malestar general, secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa, sensación de peso en abdomen, mal sabor de boca, desaparece la telorrea o secreción del calostro. Diagnóstico y tratamiento de la Muerte Fetal con Feto Único. México: Secretaría de Salud, 2010, página 39.



obstétricas que influyeron en la supervivencia del producto de la gestación e incluso pusieron en riesgo la salud de V1.

86. Sobre este aspecto, esta CNDH no soslaya en afirmar que, conforme al contexto personal de V1 como mujer indígena, habitante de una zona rural de alto nivel de marginación, era necesario que la atención médica otorgada durante su embarazo fuera brindada conforme a los principios de interculturalidad en salud²⁸, ya que ello significaría para ella el acceso a un servicio médico integral que repercutiría de manera favorable en la viabilidad del producto de la gestación, pues aunque, el binomio materno fetal no estaba exento de complicaciones, un servicio de calidad y calidez mejoraría el pronóstico y resultado, tal y como se abordará más adelante.

B.4 Confirmación de muerte fetal y complicaciones en la salud de V1.

87. A las 16:05 horas del día 3 de enero de 2019, V1 arribó por sus propios medios al Servicio de Urgencias del Hospital Rural del IMSS en Ocosingo, Chiapas, ocasión en la cual fue atendida por SP y MR quienes hicieron constar que el motivo de la consulta: “...MC: *DOLOR TIPO OBSTÉTRICO + CEFALEA FOSFENOS +*

²⁸ El concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias, para construir una sociedad más justa. Entendemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, el accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos. En ese sentido, la propuesta de aplicar un enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población indígena implica la modificación de creencias, conductas y trato al personal institucional. Éste debe estar informado y formado sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso de salud-enfermedad tiene la población indígena, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. También es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas para mejorar la relación médico-paciente, pues el paciente indígena es estigmatizado, rechazado y descalificado con actitudes que conllevan tintes racistas. Lerín P. S. “*Antropología y salud intercultural desafíos de una propuesta. Desacatos*”, números 15-16, otoño-invierno 2004, páginas 111-125.



OBITO...”; asimismo, asentaron que presentaba una tensión arterial de “... 180/130...” y que procedía de la “... UMR YAHALON POR SUS MEDIOS...”.

88. De acuerdo con lo anterior, se establece que, en ese momento, V1 presentaba una enfermedad hipertensiva por embarazo (preeclampsia con datos de severidad²⁹) y, al mismo tiempo, una emergencia obstétrica (por la cifra de tensión arterial de 180/130 mmHg) acompañada de cefalea (dolor de cabeza) y fosfenos (percepción de destello luminoso) de 1 hora de evolución.

89. Ante la condición clínica de V1, el personal médico de ese Hospital Rural 32 realizó un diagnóstico oportuno de la enfermedad hipertensiva y, de manera adecuada, prescribieron a V1 un tratamiento a base del uso de Sulfato de Magnesio e Hidralazina (antihipertensivo)³⁰, lo que evitó la progresión de ese trastorno; asimismo, realizaron confirmación diagnóstica mediante ultrasonido y corroboraron que el producto de la gestación no presentaba frecuencia cardíaca audible, al tacto vaginal reportaron que V1 se encontraba en fase activa de trabajo de parto, la presencia de meconio y el saco amniótico roto, por lo cual solicitaron interconsulta al Servicio de Ginecología y Obstetricia para que se le brindara atención especializada.

90. En la nota de ingreso al Servicio de Tococirugía de ese Hospital Rural, suscrita a las 18:00 horas de ese día 3 de enero de 2019, SP6 y MR1 reportaron que V1 presentaba una tensión arterial de 140/90 mmHg, es decir, comparado con los parámetros de ingreso, se advirtió mejoría y disminución de la cifra tensional;

²⁹ Es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México, 16/03/2017.

³⁰ La Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo,



asimismo, indicaron continuar con el manejo antihipertensivo en caso de una nueva alteración hemodinámica.

91. Respecto a la progresión del trabajo de parto, V1 continuó en vigilancia y en resolución del parto vía vaginal, tal como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único. Posteriormente, a las 18:40 horas de ese día, SP6 y MR1 atendieron el parto de V1, sin complicaciones obstétricas, prescribieron antibioticoterapia con doble esquema por el hallazgo de cavidad uterina hipertérmica.

92. De igual modo, SP6 y MR1 describieron las condiciones clínicas del recién nacido “...RN MASCULINO CON ACABALGAMIENTO DE SUTURAS, EDEMA BIPALPEBRAL, CONJUNTIVAS SECAS, MIDRIASIS BILATERAL, PIEL MACERADA, DESCAMADA EN PIES Y MANOS, CON PALIDEZ TEGUMENTARIA GENERALIZADA SIN TONO MUSCULAR. FN 03.01.19 HN 18:40 HRS. PESO 2750 GRS. TALLA 46 CM APGAR NO VALORABLE SA NO VALORABLE CAPURRO 38 SDG SANGRADO 200 CC CIRCULAR DE CORDÓN UMBILICAL A CUELLO APRETADA, CON COLORACIÓN VIOLACEA, FRIABLE CON IMPREGNACIÓN DE MECONIO PLACENTA COMPLETA HIPOTRÓFICA. LIQUIDO AMNIOTICO ESCASO, MECONIO +++, CAVIDAD UTERINA HIPERTÉRMICA...”. y confirmaron el diagnóstico de muerte fetal.

93. De acuerdo a la Opinión Médica de esta CNDH, durante la atención obstétrica de V1 en el Hospital Rural se advirtieron hallazgos ultrasonográficos (crecimiento menor del producto conforme a su edad gestacional) y clínicos (placenta pequeña) de los cuales se puede inferir anomalías en el crecimiento intrauterino, lo cual se relaciona estrechamente con los factores de riesgo que presentó V1 durante su embarazo, tales como obesidad, mínimo aumento global de peso, fondo uterino en zona de hipotrofia.



94. Cabe destacar también que, a las 18:40 horas, de ese 3 de enero, SP6 y MR1 reportaron en la “*NOTA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO OBITO*”, la ausencia de signos vitales del producto de la gestación, así como la falta de respuesta cardíaca y respiratoria, muscular y la ausencia de reflejos pupilares. A la exploración física el personal de salud indicó que no se hallaron malformaciones físicas y/o estructurales en el producto de la gestación fallecido; sin embargo, la Opinión Médica de esta CNDH, hace notar que en el Expediente Clínico analizado no obra documento en el que conste que se hubiera solicitado y/o practicado la necropsia correspondiente, previo consentimiento de V1 y V2, por lo que no es posible conocer las causas del fallecimiento del producto de la gestación.

95. Durante el puerperio inmediato³¹ de V1, se hizo constar que a las 18:55 horas, 19:10 horas, 19:25 horas, 19:40 horas, 20:10 horas, 20:40 horas, y las 21:30 horas, del 3 de enero de 2019, el personal médico del Hospital Rural monitorizó adecuadamente a V1 quién evolucionó favorablemente. Pese a ello, en el periodo comprendido del 5 al 15 de enero de ese año, V1 presentó constantes alteraciones en las cifras de tensión arterial e incluso cursó con crisis hipertensivas e hipertensión de difícil control.

96. Conforme a la Opinión Médica de esta CNDH, el personal de salud del Hospital Rural otorgó a V1 un tratamiento antihipertensivo que permitió estabilizar las cifras tensionales e impidió la evolución desfavorable de ese padecimiento, con lo cual también se normalizaron sus parámetros clínicos y permitió que, el 16 de enero de 2019, fuera egresada satisfactoriamente de ese nosocomio.

³¹ Período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014, página 82.



97. En ese sentido, esta CNDH concluye que tanto la desafortunada pérdida de la vida del producto de la gestación como las complicaciones que presentó V1 se encuentran estrechamente vinculadas a la omisión del personal de salud de realizar su referencia oportuna a un segundo nivel de atención, desde el momento mismo que se identificaron los multifactores de riesgo en su embarazo tales como: talla, obesidad, cesárea previa, hijo con mielomeningocele, intervalo entre embarazos de 10 años, predisposición genética a diabetes e hipertensión, anormalidades en el fondo uterino, lo cual se suma a las condiciones contextuales de rezago, carencia y vulnerabilidad en las que se encuentra V1.

98. Bajo esa premisa, esta CNDH sostiene que V1 de haber sido referida oportunamente a una instancia médica que le brindara atención obstétrica especializada conforme a su cuadro clínico, no solamente permitiría disminuir el riesgo de las complicaciones gestacionales inminentes que se identificaron desde el inicio de su embarazo, sino que también le facilitaría el acceso a un servicio médico integral e incluso culturalmente pertinente, conforme a sus necesidades como mujer indígena en condición de pobreza y rezago social, como se expone a continuación.

C. Deber de pertinencia cultural durante el embarazo, parto y puerperio.

99. La CPEUM, en su artículo 2º, Apartado B, fracción III, dispone que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, el Estado Mexicano tiene la obligación de: *“...Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil...”*.



100. Por su parte, el Convenio 169 de la OIT, en su artículo 25, numeral 2 establece que: “... *Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales...*”.

101. De igual modo, el artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud, establece que: “*Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua*”.

102. Sobre la atención obstétrica a mujeres indígenas, la NOM-007-SSA-2016, en su apartado 5.3.1.16 dispone que el control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino, detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna.

103. Como se ha expuesto en el presente pronunciamiento, V1 es una mujer indígena hablante de la lengua ch’ol que habita la comunidad Nueva Esperanza, situada en el municipio de Tila, en el Estado de Chiapas, misma que es considerada



una zona rural con un alto grado de marginación, tiene estudios de secundaria no concluidos y es ama de casa de tiempo completo.

104. De acuerdo al historial clínico V1, cuando ocurrieron los hechos motivo de este pronunciamiento, había presentado 3 embarazos, en los cuales: uno fue parto normal, en otro requirió cesárea por identificar un problema congénito en el bebé y en el tercero -motivo del presente pronunciamiento- presentó diversos factores de riesgo que culminaron en la pérdida de la vida del producto de la gestación, tiene antecedentes heredofamiliares de diabetes e hipertensión, además que durante su última gestación presentó obesidad.

105. Acorde a la información a la que se allegó esta CNDH, se observó que, durante su control prenatal, V1 fue atendida en 7 ocasiones por AR en la UMR del IMSS que se sitúa en la comunidad de Nueva Esperanza. Asimismo, se documentó que, desde la primera consulta prenatal, se expidió un documento denominado “Consentimiento Informado para Embarazadas de Alto Riesgo” en el cual se asentó: *“...Se me informó que mi embarazo es de riesgo. Que existe una red social para apoyarnos en el traslado al hospital. Que es conveniente acudir a revisión médica si llegara a tener alguna duda, molestia o cuando se me indique. Que es favorable trasladarme al hospital más cercano, en caso de presentarse algún signo de alarma, por indicación médica o cuando sea necesario para ser atendida por el personal del hospital (cuando menos 5 días previos al parto). Que conozco los riesgos de mi embarazo y cuento con el apoyo familiar más cercano para cuidar de mí en los momentos más importantes de la evolución del parto y puerperio en caso de ser necesario...”*.

106. Esta CNDH hace notar que, si bien, AR atendió el deber de hacer constar en el respectivo Expediente Clínico que brindó a V1 información sobre su condición clínica e incluso respecto a los riesgos relacionados con su embarazo, lo cierto es que, no se advierte plenamente que el contenido de lo ahí expuesto fuera



comprendido íntegramente por V1 -inclusive no obra en el mismo alguna manifestación expresa que así lo indicara-, especialmente, en el contexto intercultural que ameritaba su caso, por tratarse de una mujer indígena hablante de la lengua ch'ol y habitante de una comunidad con alto índice de precariedad económica y social.

107. Ello significa que la elaboración y firma del consentimiento informado, *per se* no es una garantía efectiva para afirmar que V1 tenía conocimiento explícito o íntegro de la información clínica que se indicó le fue otorgada por AR sobre su condición de salud, el riesgo en su embarazo y/o los datos de alarma obstétrica que podría presentar.

108. Al respecto, cobra relevancia lo asentado por AR en la nota médica de control prenatal que elaboró a las 11:39 horas del 3 de enero de 2019, en la que indicó: *“...ACUDE EL DÍA DE HOY LA PACIENTE PARA REALIZARLE 4308, COMO ESTABA PROGRAMADA SU CONSULTA PARA EL DÍA DE HOY PARA ENVÍO DE ATENCIÓN DE PARTO...”* (sic), lo cual significa que V1 acudió a la UMR a una consulta programada y para que fuera referida a un segundo nivel de atención médica, pero no así para atención de una urgencia obstétrica por falta de movimientos fetales u otro: *“...HACE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS, APROXIMADAMENTE EL DÍA 26 DE DICIEMBRE DE 2018... CONTRACCIONES, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES ASI COMO PRESENCIA DE SALIDA DE LÍQUIDO SEROHEMÁTICO EL CUAL ESTUVO PRESENTE DESDE EL DIA DE AYER...”* y agregó *“...DECIDIÓ IRSE AL CURANDERO REFIRIENDO QUE A LOS 2 DÍAS DESPUÉS DE ACUDIR CON EL, DESAPARECIO EL EDEMA Y EL DOLOR AUNQUE PERSISTIA LA FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES...”*.

109. Esa circunstancia se relaciona estrechamente con lo manifestado por V1 en la entrevista telefónica que sostuvo con personal de esta CNDH en la cual mencionó que durante las consultas de control prenatal AR le manifestó siempre *“que todo iba*



bien” y, por ello, a principios de 2019, acudió para que “*le diera un pase a Ocosingo*”, tal y como se lo había indicado en una consulta previa, es decir, la ocurrida el 17 de diciembre de 2018.

110. Ello permite observar el apego de V1 a las indicaciones médicas que le fueron otorgadas por AR, ya que acudió a esa cita como estaba programado y con la finalidad de ser “referida” a un Hospital Rural de segundo nivel para atender su parto, de modo que, esa situación evidencia también la omisión por parte de AR para enviar oportunamente a la paciente a un servicio médico especializado a fin de que le fuera brindada atención especializada acorde a su condición obstétrica de riesgo.

111. De igual modo, se advierte una evidente contradicción respecto a la información que AR le proporcionó durante su control prenatal a V1 pues, si bien, desde el inicio hizo constar en un documento clínico que le comunicó que su embarazo era considerado de alto riesgo, lo cierto, es que al dilatar su acceso a una atención médica especializada, le dejó entrever a la paciente que no habría mayor problema con relación a su situación de salud, lo cual se corrobora con lo expuesto por V1 en el sentido de que AR siempre le manifestó “*que todo iba bien*”, sin otorgarle información precisa y detallada como lo requería el caso.

112. Esto es así, ya que durante las subsecuentes consultas prenatales a las que acudió V1 en esa UMR, AR hizo constar diversos aspectos clínicos en la salud de V1 que ameritaban su envío inmediato a un segundo nivel de atención médica, a fin de que se le brindara un servicio clínico especializado y acorde a la condición de riesgo respecto a su embarazo; no obstante, como ha quedado demostrado a lo largo del presente documento, ello no ocurrió y tal omisión fue un factor determinante que condicionó la supervivencia del producto de la gestación e incluso pusieron en riesgo la integridad y salud de V1.



113. Esta falta de claridad en la información proporcionada a V1 durante el control prenatal y la demora en su atención obstétrica, evidencia que AR no le brindó un servicio médico con debida pertinencia cultural³² al tratarse de una mujer indígena hablante de la lengua ch'ol y habitante de una comunidad con alto índice de precariedad económica y social ya que, en todo caso, requería que durante su atención obstétrica se identificaran aquellos factores que le resultaran favorables y acorde a sus necesidades, en razón de su condición de vulnerabilidad³³.

114. Sobre este aspecto, llama la atención lo considerado por el IMSS en la resolución emitida el 28 de agosto de 2019, en el expediente QM emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente sobre el caso de V1, al referir que: *“La atención prenatal en la UMR fue adecuada, el 17 de diciembre de 2018, le indicaron los datos de alarma y cita abierta a urgencias. El 26 de diciembre presentó alteraciones de motilidad fetal, así como de la FCF y edema de miembros inferiores, acudiendo a atención empírica; cuando acudió a la UMR el 03 de enero de 2019, ya presentaba óbito fetal, el fallecimiento guarda relación con la dilación de la paciente en acudir a la atención institucional...”*.

115. Al respecto, esta CNDH destaca lo establecido en el artículo 6, fracción VI bis de la Ley General de Salud que dispone que, entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud está el *“...Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas...”*.

³² El apartado 3.36 de la NOM-007-SSA2-2016 define a la pertinencia cultural como “modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido”.

³³ La atención con pertinencia cultural se enfoca en la mujer y su familia. Sus características pueden clasificarse en cuatro rubros: a) atención oportuna, b) comunicación y trato, c) autonomía de las mujeres, y d) participación comunitaria. María Graciela Freyermuth. Enciso y Sergio Meneses Navarro “La atención del parto con pertinencia cultural” Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cátedras Conacyt-CIESA. 2017, México.



116. Bajo esa premisa, esta CNDH considera que no debe desestimarse el contexto intercultural de V1 respecto a su cosmovisión sobre la medicina tradicional, particularmente, al tratarse de una mujer indígena ch'ol³⁴ que habita en una zona marginada del país, con dificultades socioeconómicas respecto al acceso a diversos servicios públicos.

117. De ahí que, lo asentado por el H. Consejo Técnico del IMSS sobre la conducta que asumió V1 respecto a la urgencia obstétrica que le ocurrió, no solamente demuestra la falta de reconocimiento o claridad en V1 sobre el alcance de los datos de alarma obstétrica que se indicó le fueron informados con anticipación; sino también permite evidenciar que el personal médico no hizo anotación alguna en la que se ahondara o profundizara sobre las circunstancias o razones (pueden ser motivos económicos, falta de transporte, creencias personales, situaciones familiares, e incluso tradicionales³⁵) que motivaron la decisión de V1 para atenderse en otro medio o incluso establecer las razones por las cuales tomó la decisión de aplazar su atención médica hasta la consulta programada.

118. Ante ello, esta CNDH advierte que, en caso de haber sido referida oportunamente, no solamente se hubiese otorgado una valoración especializada y tratamiento eficaz a las condiciones clínicas adversas que presentaba el binomio

³⁴ El Atlas de los Pueblos Indígenas de México hace notar que los ch'oles “*Distinguen a las enfermedades que requieren de la atención del médico de las que sólo pueden tratarse por un curandero, como la “pérdida del alma”. Cuando interviene un curandero, el diagnóstico consiste en el rastreo de acontecimientos sociales vividos por el paciente, relacionados con situaciones conflictivas; luego, según los resultados, el tratamiento se lleva a cabo mediante rezos, invocaciones a los santos y las vírgenes y encendido de velas e incienso, que al final influyen en el restablecimiento de la salud. Las parteras se designan con la expresión “abuelita de los niños”, independientemente de la edad de la terapeuta. Algunas parteras son reconocidas como sobadoras y levanta molleras, especialidades que ejercen en forma complementaria. Es común que gran parte del aprendizaje de la partera sea de carácter doméstico, especialmente en aquellos hogares en donde la madre, el padre o la abuela (o todos) dominan alguna de las profesiones médicas que los ch'oles reconocen*”. Etnografía: “Religión y cosmovisión”.

³⁵ El día 26 de diciembre de 2018, fue sábado y día inhábil, cercano a las fiestas navideñas y de fin de año que se celebran en México.



materno fetal, sino también se habría también garantizado a V1 el acceso a un servicio médico integral obstétrica, en particular, respecto a su contexto personal, social y acorde a su origen como integrante de un pueblo o comunidad indígena.

119. Ello es así, pues ante cualquier duda o dificultad que hubiese presentado V1 respecto a las barreras lingüísticas, interculturales e incluso intelectuales sobre su condición de salud durante su embarazo y los riesgos inherentes que esta representaba, pudieron ser incluso atendidas de manera integral mediante el apoyo de facilitadoras interculturales a las que hace alusión el apartado 5.11.1.3.15 de la aludida NOM-007-SSA-2016: *“En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido”*.

120. En ese sentido, esta CNDH sostiene que la omisión de AR respecto a la pronta referencia de V1 a una unidad médica de segundo nivel, no solamente representó un obstáculo en la atención oportuna de los diversos factores de riesgo que se identificaron en el binomio materno fetal -mismos que repercutieron tanto en la supervivencia del producto de la gestación como en la salud de V1-, también esa conducta, por sí misma, constituyó una barrera que impidió a V1 comprender amplia y estrechamente cuál era su estado de salud y los posibles riesgos que enfrentaba durante su embarazo, particularmente, en función de su contexto intercultural.

121. Destaca el hecho que, ante lo ocurrido y un nuevo embarazo, V1 junto con V2 tomaron la decisión de que no llevará su control prenatal en la UMR, lo cual ha motivado que sea atendida en una clínica particular, por lo cual V2, su esposo, se



desplazó de su comunidad a otro lugar y allegarse de recursos para costear el servicio médico respectivo, lo cual se traduce en falta de confianza y alejamiento respecto al personal de salud de su comunidad.

D. Derecho a una Vida Libre de Violencia Obstétrica en agravio de V1.

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

123. Al respecto, la CNDH en su Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”* define a la violencia obstétrica, como: *“una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, **por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros**”*³⁶. (Énfasis añadido)

124. La CriDH en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos ha hecho énfasis respecto al *“[...]deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres*

³⁶ CNDH. 31 de julio de 2017, párrafo. 94.



en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”³⁷.

125. Por su parte, en el año 2014, la OMS en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “[...] *el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos*”³⁸.

126. De las constancias analizadas y descritas en la presente Recomendación, se advierte que con su conducta AR ejerció violencia obstétrica en agravio de V1, pues no le proporcionó una atención médica obstétrica de calidad, ya que a pesar de los múltiples factores de riesgo que presentó el binomio materno-fetal y que se identificaron desde la primera cita de control prenatal, omitió referirla oportunamente a un segundo nivel de atención médica para que se le brindara un servicio especializado durante su embarazo de alto riesgo, situación que no sólo derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación, sino que ocasionó complicaciones clínicas de V1 como lo fueron las cifras tensionales altas que reportó y que pusieron en riesgo su salud durante el puerperio inmediato.

³⁷ CIDH. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

³⁸ “Introducción”, párrafo 4.



127. Se observa entonces que las omisiones de AR constituyen una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por la inadecuada atención médica que le brindó, en la que también no se consideró el contexto intercultural de V1 como mujer indígena ch'ol que radica en una de las zonas rurales con mayores precariedades del país, ya que si bien, se advierte que en ese primer nivel de atención recibió consejería médica sobre su condición de salud y los datos de alarma obstétrica, esa circunstancia por sí misma no fue suficiente para salvaguardar y proteger su embarazo de los múltiples riesgos obstétricos que condicionaban la supervivencia del binomio materno fetal.

128. La CNDH concluye que de habersele otorgado al binomio materno fetal una adecuada vigilancia obstétrica mediante la referencia inmediata de V1 con personal médico especializado, se habría brindado una atención oportuna, adecuada y un mejor pronóstico clínico respecto a su embarazo e incluso se hubiese garantizado que accediera a medidas favorables respecto a su condición intercultural, por lo que la omisión en comento constituye violencia obstétrica en contra de V1.

129. La Opinión Médica de esta CNDH observó que la falta de una adecuada y especializada vigilancia obstétrica a V1, puso en riesgo su condición de salud, ya que no solamente derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación, sino que durante el puerperio presentó registros tensionales que sugerían la presencia de un cuadro de hipertensión arterial severa (preeclampsia) lo cual constituyó también un factor de riesgo en su salud.

130. No pasa desapercibido para esta CNDH la posible revictimización hacia V1 por parte del IMSS, al pretender atenuar la responsabilidad médica respecto al deficiente servicio prenatal que le fue otorgado, al inferir que, aunque comprendía cabalmente los riesgos y datos de alarma obstétrica -por así habersele explicado e informado e incluso expresarlo así en un consentimiento previo, como notas clínicas- no atendió lo conducente y acudió “con un curandero”, situación que por sí



misma, no desvirtúa la falta de una adecuada vigilancia obstétrica respecto a la omisión de referir a una instancia especializada para atender las complicaciones advertidas durante la gestación.

131. Conforme a esas consideraciones, esta CNDH concluye que AR es responsable por la violación al Derecho a una Vida Libre de Violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, y 7, inciso a) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

V. RESPONSABILIDAD.

132. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las omisiones ya descritas en este documento, mismas que configuraron una violación al Derecho a la Protección de la Salud por la inadecuada vigilancia obstétrica de V1 en detrimento del bienestar del binomio materno fetal, al Derecho a una Vida Libre de Violencia Obstétrica y Derecho a la Protección de la Salud por la inadecuada atención médica durante su embarazo.

133. Asimismo, esta CNDH concluye que el personal de salud del IMSS es responsable por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32; 51, párrafo primero; 51 bis 1; y 61, fracción II, de la Ley General de Salud; Consecuentemente, se considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR inobservó 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 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

134. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B de la CPEUM; 6º, fracción III; 71 párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, así como el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, se cuenta en el presente caso con suficientes evidencias para que esta CNDH, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el OIC en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas se inicie el Procedimiento Administrativo de Investigación en contra de AR, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

A. Responsabilidad Institucional.

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

136. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por



parte de los organismos internacionales de protección de los Derechos Humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

137. 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.

138. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la falta de insumos clínicos en la UMR ante la carencia de tiras reactivas de orina para la obtención inmediata y oportuna de diversos datos o resultados clínicos esenciales para la atención básica de pacientes, omisión que incide directamente en el servicio médico otorgado a las y los usuarios de esa unidad de salud, lo que permite acreditar una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud.

139. De igual modo, esta CNDH destaca la importancia y necesidad de incentivar en el personal que presta sus servicios en unidades médicas rurales del IMSS para que el servicio médico que se otorgue sea ponderando siempre el contexto intercultural de las y los usuarios, en las particularidades de determinados grupos de la población para evitar se perpetúen las brechas de desigualdad que prevalecen en los pueblos y comunidades indígenas, como en el presente caso.

140. No pasa desapercibido la evidente omisión del IMSS respecto a la entrega del informe pormenorizado que, en términos de la presente investigación, así como al requerimiento expreso formulado por esta CNDH, debió recabar y presentar respecto a la intervención de AR en los hechos que motivaron el inicio de la queja respectiva, lo cual no solamente se traduce en la falta de colaboración respecto a las labores que realiza esta CNDH sino compromete la garantía de audiencia de la



persona servidora pública involucrada en los hechos, por lo que se asume la existencia de responsabilidad institucional de esa dependencia sobre la rendición de la respuesta a la petición realizada en el caso.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

141. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la CPEUM; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la CNDH, 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 los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

142. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c, 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1 y V2, por las violaciones a sus derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

143. De conformidad al artículo 4º de la referida Ley, en el presente caso, V2, V3 y V4 adquieren la calidad de víctimas indirectas, en razón del vínculo familiar existente con V1 y el producto de la gestación, el cual propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, por lo que deberán ser considerados para efectos de la



determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

144. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente para otorgar un monto económico en la reparación integral que considere cada una de las aristas que deben ser objeto de reparación en el caso de V1, V2, V3 y V4 puedan emprender nuevos proyectos, así como nuevas oportunidades de desarrollo y realización personal conforme a su situación personal.

a) Medidas de rehabilitación.

145. 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 los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

146. De manera inmediata, se deberá proporcionar la atención psicológica y/o tanatológica que requieran V1, V2, V3 y V4 por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, necesidades, con pertinencia cultural y en un lugar accesible para las víctimas.

b) Medidas de satisfacción.

147. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; conforme a lo establecido en los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a Derechos Humanos.



148. Para tener por cumplidas las medidas de satisfacción, el IMSS deberá colaborar con esta CNDH en la queja administrativa que se presentará ante el OIC en el IMSS en contra de AR por las violaciones a los Derechos Humanos en que incurrió y por la falta de entrega de información. De igual manera, deberá aportar la presente Recomendación como uno de los documentos base esa queja administrativa.

149. Además, en caso de que el OIC del IMSS determine responsabilidad administrativa de AR, inmediatamente se deberá anexar copia de la presente Recomendación en su expediente laboral y personal, a fin de que obre constancia de las violaciones a los Derechos Humanos en las que intervino.

c) Garantías de no repetición.

150. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

151. En este sentido, se recomienda que a partir de la aceptación del presente pronunciamiento se diseñen e impartan al personal médico de la UMR y del Hospital Rural, los siguientes cursos de capacitación: **i)** Derecho a la protección de la salud materno-fetal, con especial énfasis en los temas de atención de mujeres indígenas; **ii)** Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-007-SSA-2016, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como los que dieron lugar a este pronunciamiento; **iii)** El Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, incluida la Recomendación General 31/2017, emitida por esta Comisión Nacional; **iv)** El deber de la pertinencia cultural y la



medicina tradicional en la prestación de los servicio médicos. En todos se deberá señalar que esos cursos se están impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a este pronunciamiento.

152. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado y experiencia demostrada, con perspectiva de género, Derechos Humanos y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres de comunidades y pueblos indígenas, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán no ser menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo.

153. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta CNDH las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

154. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico de la UMR y el Hospital Rural del IMSS en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

155. En un plazo no mayor a 1 mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general.



156. En un plazo de 12 meses el IMSS deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de Violencia Obstétrica, conforme a los estándares establecidos en este pronunciamiento, en la Recomendación General 31/2017 de esta CNDH, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonovic, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer, particularmente, aquella que es dirigida a mujeres indígenas.

d) Medidas de compensación.

157. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS deberá valorar el monto justo para que se otorgue a V1, V2, V3 y V4 una compensación, por el fallecimiento del producto de la gestación y por la inadecuada atención médica otorgada a V1 durante el trabajo de parto y la violencia obstétrica de la cual fue víctima, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y en términos de la Ley General de Víctimas. Se deberá solicitar la cuantificación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente



Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a V1, V2 V3 y V4, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue a V1, V2, V3 y V4 la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, con pertinencia cultural y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR, en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan al personal médico de la UMR Nueva Esperanza y el Hospital Rural, los cursos de capacitación: **a)** Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de atención a mujeres indígenas; **b)** Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-007-SSA-2016, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento; **c)** El derecho de las mujeres a vivir una vida



libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017, de esta CNDH sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud; y **d)** El deber de la pertinencia cultural y la importancia de la medicina tradicional en la prestación de los servicios médicos. En todos se deberá señalar que esos cursos se están impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a este pronunciamiento, y enviar a esta CNDH las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de la UMR en Nueva Esperanza y el Hospital Rural en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes y se deberá remitir a esta CNDH la notificación de la citada circular al personal médico de referencia y, en su caso, la copia del documento que acredite la certificación o recertificación que hayan obtenido.

SEXTA. En un plazo no mayor a 1 mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, y se deberá presentar a esta Comisión las evidencias respectivas.

SÉPTIMA. En un plazo no mayor de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de Violencia Obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación y en la Recomendación General 31/2017 emitida por esta CNDH, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la



OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer, particularmente, de mujeres indígenas.

OCTAVA. En un plazo de 3 meses, se deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se dote a la Unidad Médica Rural situada en la comunidad de “Nueva Esperanza” de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo la modificación o corrección de aquellas prácticas administrativas que pueden impedir o retrasar la realización y/o entrega de estudios de laboratorio y gabinete.

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

159. 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.

160. 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. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

162. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la CNDH, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar 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. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA