



RECOMENDACIÓN NO. 36/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 y V2, EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 17 de octubre de 2018

**LIC. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2017/6339/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su

publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4°, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafo uno y dos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se harán del conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes. Además, se explica que V significa víctima; AR significa autoridad responsable; MR significa médico residente, y SP significa Servidor Público.

I. HECHOS.

3. El 23 de agosto de 2017, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió por correo electrónico la queja presentada por V1, en la que refirió que el 16 de agosto de 2017 acudió al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” (en adelante Hospital de Gineco-Obstetricia), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para la cita que tenía programada por el embarazo de 40.4 semanas que cursaba.

4. En dicho Hospital, le fue realizado un ultrasonido para corroborar la posición del producto de la gestación. Posteriormente, se determinó su ingreso a labor de parto y le suministraron medicamentos para facilitar la dilatación; asimismo le realizaron dos tactos, y le informaron que su grado de dilatación no aumentaba, sin embargo la labor de parto seguía en progreso.

5. Narró que los dolores eran cada vez más insoportables, por lo que solicitó al médico le practicara una cesárea, obteniendo una respuesta negativa argumentando que el parto de forma natural sería mejor; a continuación, un médico del Hospital tomó una pinza y un cómodo para realizar el rompimiento de la fuente

e introdujo su mano y con la otra presionó su abdomen hacia abajo, dándole la indicación de que pujara, repitiendo dicha acción varias veces.

6. Expresó que el aludido médico le colocó cinturones de monitoreo, manteniéndolos así por 40 minutos aproximadamente, y momentos después una doctora le explicó que le aplicaría anestesia en la zona de la espalda para disminuir los dolores. Dicho procedimiento fue realizado en tres ocasiones, y continuaron los tactos vaginales.

7. Sin embargo, el personal médico que asistió el parto le informó que V2 había cambiado de posición y sería imposible que naciera de forma natural, haciendo hincapié que V1 sería llevada al quirófano y comenzaría el proceso para una cesárea. Durante la operación, el personal médico realizó varias maniobras para sacar al producto de la gestación; sin embargo, al salir, no lloró y comenzaron a asistirlo, informándole que estaba grave y se lo llevarían a terapia intensiva.

8. En el escrito de queja señaló que, el 17 de agosto de 2018, un familiar de V1 fue informado que el recién nacido (V2) tuvo una crisis convulsiva debido a una inflamación en su cerebro, presentaba fractura craneal, hematomas y un cúmulo de sangre entre el cráneo y la piel, los cuales causaron que entrara en un estado de alta gravedad, siendo trasladado a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Por lo anterior, V1 solicitó a este Organismo Nacional la investigación de los hechos y se sancionara a los responsables.

9. Esta Comisión Nacional integró el expediente de queja CNDH/4/2017/6339/Q solicitando información y copia del expediente clínico al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja presentado por V1 a esta Comisión Nacional, mediante el cual expuso diversas violaciones a los derechos humanos atribuibles al IMSS.

11. Actas Circunstanciadas de 24 de agosto de 2017, en las que un Visitador Adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, quien confirmó los hechos materia de la queja.

12. Acta Circunstanciada de 25 de agosto de 2017, en la que se hizo constar la recepción de información enviada por el IMSS sobre el estado de salud de V2.

13. Acta Circunstanciada de 14 de septiembre de 2017, en la que se hizo constar la recepción de la comunicación telefónica de V1, quien informó que V2 fue dado de alta, con citas a neurología, pediatría y rehabilitación.

14. Oficio 095217614BB1/2776 de 17 de octubre de 2017, mediante el cual el IMSS remitió información sobre el caso de V1 y V2.

15. Oficio 095217614BB1/3110 de 29 de noviembre de 2017, mediante el cual el IMSS remitió información sobre el caso de V1 y V2, de la cual se destacan las siguientes constancias:

15.1. Declaraciones del personal médico y de enfermería que participó en la atención del parto de V1.

15.2. Expediente Clínico de V1, integrado con motivo de la atención médica que le fue otorgada en el Hospital de Gineco-Obstetricia.

15.3. Informe de 20 de octubre de 2017, suscrito por el Jefe de servicio de lactantes del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”.

15.4. Resumen clínico de V2, de 23 de octubre de 2017

15.5. Expediente Clínico de V2, integrado con motivo de la atención médica que le fue otorgada en el Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

16. Acta Circunstanciada de 27 de abril de 2018, en la que consta la entrevista de un visitador adjunto de esta Comisión Nacional con V1, quien comunicó que V2 continuaba recibiendo atención médica.

17. Oficio 095217614C21/1611 de 25 de julio de 2018, mediante el cual el IMSS indicó que, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, en el caso de V1 se inició una investigación médica.

18. Acta Circunstanciada de 7 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar la comunicación telefónica realizada por visitador adjunto de este Organismo Nacional, a V1 con la finalidad de actualizar la información sobre el estado de salud de V2.

19. Opinión Médica de 10 de septiembre de 2018, emitida por un médico adscrito a este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2.

20. Acta Circunstanciada de 18 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar la comunicación telefónica realizada por visitador adjunto de este Organismo Nacional, a V1 en la cual detalló la forma en que su vida cotidiana se modificó como consecuencia de lo sucedido.

21. Acta Circunstanciada de 20 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar la visita que dos visitadores adjuntos de esta Comisión Nacional, realizaron al Centro Médico Nacional Siglo XXI, con la finalidad de recabar información detallada sobre la salud de V2.

22. Oficio 095217614C21/2260 de 24 de septiembre de 2018, mediante el cual el IMSS informó a esta Comisión Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al

Derechohabiente resolvió la queja administrativa iniciada por motivo de los hechos es procedente desde el punto de vista médico.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El IMSS informó a esta Comisión Nacional, que en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS en el caso de V1 se inició una investigación, la cual fue resuelta como “*procedente desde el punto de vista médico*”.

IV. OBSERVACIONES.

24. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2017/6339/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 y V2, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud materna, en relación con los derechos de la niñez y el interés superior de la niñez; 1.1. Inadecuada atención médica a V1 y V2 por personal del Hospital de Gineco-Obstetricia; 2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica; 3. Responsabilidad; y 4. Reparación integral del daño.

1. Derecho a la protección de la salud en relación con los derechos de la niñez y el interés superior de la niñez.

25. Este Organismo Nacional enfatiza que la protección a la salud prenatal y posnatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, 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 y la protección ulterior del derecho a la salud del recién nacido. Lo anterior, en el entendido de que

la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer.

26. Sin perjuicio de lo anterior, tomando en cuenta que la inadecuada atención médica que V1 recibió por parte del personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia, tuvo como consecuencia afectaciones neurológicas a V2, esta Comisión Nacional considera que las vulneraciones deben ser analizadas a la luz de la normatividad nacional e internacional inherente a la protección de la salud de las mujeres durante el parto y puerperio, en relación con los derechos de la niñez. Estos marcos jurídicos se toman en cuenta de manera transversal en el análisis del presente caso.

27. Al respecto, el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación 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”*¹.

28. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar*

¹Jurisprudencia administrativa. “Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009. Registro 167530

físico, mental y social”; asimismo que los Estados partes “se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

29. Esta Comisión Nacional 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 los servidores públicos 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 (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad².

30. Respecto del derecho a la salud de las mujeres, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló 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*”³.

31. Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su “*Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, enfatizó que es deber de los Estados “[g]arantizar el derecho a la

² CNDH. Recomendación 22/2018, 11 de julio de 2018, párr. 57.

³ Además, se puntualizó que: “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”. Párrafos 1 y 27.

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”⁴.

32. Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé el artículo 35 y 46 fracciones II y X, la responsabilidad política del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de 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”.*

33. En cuanto al derecho a la salud de la niñez, este Organismo Constitucional enfatiza que los niños y niñas al ser titulares de todos los derechos reconocidos en la Constitución y los Tratados Internacionales de los que México es parte, cuentan además con las medidas especiales contempladas en diversas disposiciones en atención al interés superior de la niñez⁵.

34. La Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 3°, establece que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los*

⁴ 7 de junio de 2010, párr. 84.

⁵ Corte IDH. “Caso *Hermanos Landaeta Mejías y otros vs Venezuela*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 2014, párr. 157.

órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior de la niñez”.

35. Al respecto, el Comité sobre los Derechos del Niño ha señalado que *“la plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holística del niño y promover su dignidad humana [...]”*⁶.

36. Asimismo, dicho Comité ha enfatizado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es *“garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño”*⁷, para lo cual resulta necesaria la adopción de “medidas especiales de protección”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños⁸.

37. En la misma línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que goza la niñez, ha instado para que en todos los programas, políticas y atención médica proporcionada por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y el adolescentes⁹.

38. Por su parte el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud. El Comité sobre

⁶ Comité sobre los Derechos del Niño. Observación General 14, *“Sobre el derecho del niño a que si interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)”*, 2013, párrafo 5.

⁷ Ídem, párrafo 12.

⁸ Corte IDH. *“Condición jurídica y derechos humanos del niño”*. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

⁹ Observación General 14, *“Sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, 2000, párr. 24

los Derechos del Niño, al interpretar el alcance de dicho precepto, ha sostenido *que “[l]os niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa”*¹⁰.

39. A nivel interno, el principio de interés superior ha sido recogido por el referido artículo 4° de la Constitución Política, y el artículo 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone, que *“[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”*.

40. De igual manera, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas jurisprudencias relativas a ese principio entre las que destacan: *“Interés superior de la niñez. El artículo 4º. párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la infancia reconocidos en tratados internacionales”* (tesis constitucional)¹¹; *“Interés superior del niño. Función en el ámbito jurisdiccional”*¹² (jurisprudencia constitucional); *“Interés Superior del menor. el ejercicio del derecho de los menores de edad a participar en los procedimientos que afecten su esfera jurídica involucra una valoración de parte del Juez”*¹³ (jurisprudencia constitucional y civil), e *“Interés superior del menor como elemento de interpretación en el ámbito jurisdiccional”*¹⁴ (tesis constitucional), que abordan el origen y pertinente de este principio, y la obligación de las autoridades de aplicarlo en los casos donde se encuentren involucrados niños y niñas.

¹⁰ Observación General 15, *“Sobre el derecho del niño al disfrute más alto posible de salud”*, 2013, párr. 25.

¹¹ Semanario Judicial de la Federación, marzo de 2013. Registro 2003068.

¹² Semanario Judicial de la Federación, marzo 2014. Registro 2006011.

¹³ Semanario Judicial de la Federación, mayo 2015, Registro. 2009010.

¹⁴ Semanario Judicial de la Federación, febrero 2015. Registro 2008546.

41. En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento¹⁵, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

42. En suma, este Organismo Autónomo observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niños y niñas, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud; por lo que considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así como la importancia de esta temática para la agenda internacional en materia de derechos humanos y desarrollo sostenible.¹⁶

43. En vista de estos estándares sobre el derecho a la protección de la salud, especialmente en el ámbito materno y de la niñez, así como el interés superior de la niñez de manera transversal, enseguida se analizan las acciones y omisiones que consecuentemente provocaron la vulneración del mismo.

1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 y V2 por personal del Hospital de Gineco-Obstetricia.

44. En primer término, de las constancias que integran el expediente de queja, este Organismo Nacional constató que V1 llevó su control prenatal en la Unidad Médico

¹⁵ Comité de los Derechos del Niño. Observación General 14 (2013) “*Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*” párr. 6.

¹⁶ CNDH. Recomendación 19/2018 de 29 de junio de 2018, p. 29.

Familiar No. 161 del IMSS, donde acudió a diez valoraciones, entre el 6 de enero de 2017 al 5 de mayo de 2017.

45. El día 16 de agosto de 2017, a las 08:16 horas, V1 de 26 años de edad y con 40.4 semanas de gestación, acudió al Hospital de Gineco-Obstetricia, donde fue valorada por AR1, quien observó –entre otras cuestiones- actividad uterina irregular, *abocado*¹⁷, tacto vaginal con cérvix central 4 centímetros de dilatación y estableció que V1 cursó trabajo de parto en fase latente¹⁸. Aunado a lo anterior, a las 8:45 horas, fue valorada en el servicio de tococirugía por AR2 y MR1, quienes observaron a V1 con probable enfermedad hipertensiva a clasificar y obesidad grado II.

46. A las 9:00 horas del mismo día, V1 fue indicada con 4 cm. de dilatación y en fase latente; a las 11:00 horas el grado de dilatación no varió. Posteriormente, a las 11:30 horas V1 presentó aumento de las contracciones (3 contracciones en 10 minutos), y AR2 indicó prescribir 2.5 miliunidades de “*oxitocina*” (hormona)¹⁹, (*“solución fisiológica 0.9% 1000 cc + 5 unidades de oxitocina a pasar 10 gotas por minuto”*).

47. En vista de ello, en ese momento fue determinado el inicio de la conducción del trabajo de parto, es decir, comenzó un proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Sin embargo, de acuerdo a la Opinión Médica

¹⁷ Cuando los parietales fetales no han rebasado totalmente el estrecho superior de la pelvis materna y el feto aún no se ha encajado y por exploración vaginal puede ser rechazado de la pelvis materna.

¹⁸ De acuerdo a la 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, fase latente es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas (como en este caso en particular) y en pacientes múltiparas 12 horas.

¹⁹ En las mujeres, la “*oxitocina*” se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia. *Cfr.* Guía de Práctica Clínica Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2013.

de este Organismo Nacional, si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar un trabajo de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser nocivo.

48. Al respecto, la conducción con “*oxitocina*” sintética puede provocar una hiperestimulación uterina²⁰, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto. La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños; en tal sentido, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional son indicaciones para la conducción del trabajo de parto las siguientes: **i)** fase latente prolongada, **ii)** trabajo de parto prolongado, y **iii)** si el número de contracciones es menor a 3 por cada 10 minutos.

49. En el presente caso, en ese momento de la atención médica, V1 no cursaba con alguna de las situaciones mencionadas para la conducción del trabajo de parto (con “*oxitocina*”), además, del análisis del expediente clínico no existió alguna nota o valoración médica que justificara la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*”, en tanto, en el partograma (gráfica de los parámetros del parto)²¹, la última valoración de la dilatación y el borramiento cervical anterior a la aplicación de la “*oxitocina*” (la cual se indicó a las 11:30 horas), se realizó a las 10:30 horas, por lo que solo había transcurrido una hora de haberse corroborado la dilatación y el borramiento cervical, y en el momento de la aplicación de “*oxitocina*” se desconocía su evolución, por ende, no se pudo establecer que en ese momento cursara con trabajo de parto prolongado.

²⁰ Taquisistole o hipersistole con cambios en la frecuencia cardíaca fetal, tales como desaceleraciones persistentes, taquicardia. Cfr. Guía de Práctica Clínica Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2013.

²¹ Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, 2001, p. 945.

50. Por esta razón, este Organismo Nacional considera que la conducción del parto con “*oxitocina*” fue injustificada, exponiendo a V1 a diversas complicaciones como hiperestimulación uterina, asfixia fetal, rotura uterina, aumentando así el riesgo de una serie de intervenciones durante el trabajo de parto.

51. Aunado a lo anterior, de conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el Grupo de Desarrollo de Guías (GDG)²² ha enfatizado la necesidad de confirmar la prolongación del progreso del trabajo de parto, dejando un intervalo de espera vigilante antes de iniciar la conducción con “*oxitocina*”. Los integrantes del GDG coincidieron en que ese curso de acción podría reducir la frecuencia de un diagnóstico prematuro de una distocia del trabajo de parto²³ y de una conducción innecesaria con “*oxitocina*”. Asimismo, la intervención con base en la sospecha de distocia de trabajo de parto se puede asociar con más hiperestimulación uterina y mayor morbilidad materna y neonatal en contextos en los que no se dispone de intervenciones para manejar la patología. En la misma línea, la bibliografía médica prevé que la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*” es apropiada y solo se debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica²⁴.

52. Sin embargo, en la valoración médica realizada a las 08:45 por AR2 y MR1, no describieron o refirieron haber realizado una pelvimetría (medición de los diámetros

²² El GDG es un grupo de expertos externos cuya tarea era asesorar sobre el proceso de elaboración de las guías, valorar la evidencia utilizada para informar las guías, asesorar sobre la interpretación de esta evidencia, y formular las recomendaciones finales a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

²³ Perturbación o anormalidad en el mecanismo de parto, que interfiere con su evolución fisiológica. Cfr. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. “*Williams Obstetricia*”, 23 edición, McGrawHill, pag. 379.

²⁴ Situación que se puede dar en el parto cuando no existe una correlación adecuada entre los diámetros de la pelvis y los diámetros de la cabeza fetal. Cfr. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, 2001, p. 342.

de la pelvis)²⁵, con la finalidad de valorar los diámetros y planos de la pelvis de V1, para estar en condiciones de poder determinar si el parto sería natural o por cesárea.

53. En contraste, al haber indicado la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*” sin haber descartado la desproporción cefalopélvica, expuso al binomio materno-fetal a un aumento en el riesgo de resultados adversos y de distocia del trabajo de parto.

54. Es importante señalar que en la valoración realizada por AR1, a las 08:16 horas -en el área de admisión del Hospital de Gineco-Obstetricia-, no existió una descripción que incluyera la valoración de los diámetros o planos de la pelvis, ni otro tipo de pelvimetría clínica, radiológica o ultrasonográfica.

55. Continuando con la atención médica de V1, a las 13:30 horas, MR2 describió un producto con frecuencia cardíaca fetal de 151 latidos por minuto (normal) e indicación de “*oxitocina*”, es decir, el personal médico insistió en la indicación de dicha sustancia sin percatarse de la necesidad de una valoración que descartara la desproporción cefalopélvica, como previamente se ha referido. Esta misma omisión cometió AR3, quien a las 14:30 horas de forma inadecuada continuó con la conducción del trabajo de parto.

56. A las 17:00 y 17:30 horas, en el partograma MR3 describió 6 centímetros de dilatación, 80% de borramiento (estiramiento), así como 2.5 miliunidades de

²⁵ *Ibíd.*, p. 948.

“*oxitocina*” y 4 contracciones uterinas en 10 minutos y describió “*VARIEDAD DE POSICIÓN*” (o presentación)²⁶ Occipito Transversa (OCT)²⁷.

57. Con relación a dicha presentación o variedad de posición referida, en la Opinión Médica realizada por este Organismo Nacional y de acuerdo a la literatura médica especializada, en ausencia de una anomalía de la estructura pélvica o una presentación inadecuada de la cabeza del feto en el parto, la variedad transversa del occipucio suele ser transitoria. En tal sentido, algunas situaciones clínicas como la alteración de la frecuencia cardíaca fetal o la persistencia en occipito-transversa requieren intervención, por lo que si la mala posición fetal se diagnostica al principio del parto, la atención médica puede dirigirse hacia conseguir la rotación a occipito-anterior (es decir, una posición adecuada), y de este modo promover un proceso expulsivo más seguro para la madre y el niño. Por esa razón es fundamental una vigilancia estrecha, y para ello pueden realizarse maniobras de para conocer la estática fetal (*Leopold*) y de tacto vaginal.

58. Posteriormente, a las 19:00 horas, en el partograma MR3 refirió que V1 tenía dilatación de 9 centímetros, borramiento del 90%, actividad uterina de 4 contracciones en 10 minutos, y continuó la conducción del trabajo de parto con 2.5 miliunidades de “*oxitocina*”, sin embargo, para ese momento el producto de la gestación continuó con una variedad de occipito transversa (OCT), con un tiempo aproximado de 2 horas en dicha presentación, por lo que, al continuar en dicha posición, en ese momento V2 se encontraba en occipitotransversa persistente (relación que guarda la cabeza fetal con los extremos de cada uno de los diámetros de la pelvis materna). Dicha posición es considerada como una anomalía causante

²⁶ Es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna y es capaz de llevar a cabo el mecanismo del trabajo de parto; puede ser: cefálica o pélvica en sus diferentes variedades.

²⁷ Es una anomalía en la posición.

(junto con la posición occipito-posterior) de distocia o anomalía en el mecanismo del parto.

59. Ante esta eventualidad, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se puede realizar una rotación instrumental²⁸ con fórceps; asimismo, la conducta estaría supeditada a diversas circunstancias, a saber: a) cuando la variedad de posición está asociada a una desproporción o a una distocia dinámica irreductible, debe recurrirse a la cesárea (en este caso en particular se omitió la realización de pelvimetría, necesaria para descartar desproporción cefalopélvica), b) en ausencia de otras complicaciones se impone la prueba de trabajo de parto, con lo que en ocasiones se logra elevado promedio de rotaciones espontáneas (no pasa desapercibido que la prueba de trabajo de parto se realiza con “*oxitocina*”, y dicho fármaco ya era aplicado, sin lograr la rotación espontánea), y c) si se descubre que la presentación está enclavada y por lo tanto, la progresión del parto está detenida y los demás factores que intervienen son normales, como dinámica uterina, relaciones cefalopélvicas y existe sufrimiento fetal, o bien no hubiera rotación pasadas dos horas de contracciones expulsivas normales, se debe intervenir obstétricamente (con relación a este punto, se desconocían las relaciones cefalopélvicas de V1).

60. En ese contexto, MR3 y AR3 debieron realizar una intervención de la posición occípito transversa persistente (o detenida) mediante rotación del producto (rotación digital, rotación manual, vacunn, o rotación con fórceps) previa valoración de los diámetros pélvicos, o interrupción de la gestación mediante cesárea de corroborar desproporción cefalopélvica, sin embargo **no se realizó** pelvimetría clínica, radiológica o ultrasonográfica, lo cual expuso al binomio a un mayor riesgo de distocia y de probabilidad intervencionismo (parto instrumental y/o cesárea urgente),

²⁸ Esta puede ser a variedad anterior, y en caso de fracaso se puede intentar la rotación a posterior o bien la extracción en transversa u oblicua.

así como de posibles complicaciones²⁹, además de forma inadecuada fue continuada la conducción del trabajo de parto con “*oxitocina*” sin realizar la citada pelvimetría.

61. A juicio de este Organismo Nacional, la falta de comprobación de la variedad de posición, generó la dilación en la resolución de la gestación y aumentó el riesgo de complicación intraparto (y de intervencionismo de parto instrumental o de cesárea urgente). Aunado a lo anterior, se omitió corroborar los diámetros o planos pélvicos, necesarios para continuar la conducción del trabajo (con “*oxitocina*”), ya que de comprobarse la desproporción cefalopélvica, la realización de una cesárea en ese momento era adecuada para evitar una distocia en periodo expulsivo del trabajo de parto, y en caso que los diámetros fueran adecuados, debió realizarse la rotación de la presentación, de persistir en occipito transversa. Si ambas intervenciones se hubiesen realizado en ese momento, el pronóstico del binomio materno-fetal, hubiese mejorado.

62. A las 21:30 horas, SP estableció como diagnóstico preoperatorio que V1 se encontraba en periodo expulsivo prolongado transverso persistente³⁰. Al respecto, cabe mencionar que, dicha situación fetal (occipito trasverso persistente), se había presentado desde las 19:00 horas, sin embargo, pasó desapercibido por el personal médico tratante de ese momento (MR3 y AR3) como ya se ha analizado.

63. A partir de ese momento, el personal médico dio cuenta de la inviabilidad del parto natural de V1, y fue indicada una cirugía tipo *Kerr* (cesárea) como tratamiento para la interrupción de la gestación. Al realizar la intervención, V2 fue encontrado

²⁹ Por ejemplo, maternas: hemorragia, laceraciones, desgarros, anemia por sangrado. Neonatales: Equimosis, laceraciones dérmicas, cefalohematoma, caput succedaneum (inflamación de cuero cabelludo por sangre), hemorragia subaracnoidea, fracturas, parálisis facial, muerte neonatal.

³⁰ Comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia.

en **presentación** cefálica impactada (parte fetal que se aboca o pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis). Dicho hallazgo, de acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional se relaciona con una distocia.

64. En este sentido, una valoración no adecuada y/o la falta de pericia trajo como consecuencia la prolongación del expulsivo en el trabajo de parto, por lo que la impactación de la presentación fetal, fue desencadenada por la desproporción cefalopélvica, la cual pasó desapercibida debido a la omisión en la valoración de los diámetros o planos pélvicos por parte de AR1, AR2, MR1, MR2, MR3 y AR3. Tales omisiones en la valoración de los planos o diámetros pélvicos (y desproporción cefalopélvica no diagnosticada) se relacionó con la presentación occipito transverso persistente, periodo expulsivo prolongado y la presentación cefálica impactada encontrada en la cesárea.

65. A las 22:39 horas V2 nació³¹, presentando varias secuelas, a saber: crisis convulsivas, asfixia perinatal, encefalopatía hipóxica isquémica³², lesión asociada a vía de nacimiento fractura parietal izquierda, y cefalohematoma³³, las cuales como se ha explicado en la presente Recomendación, fueron consecuencia de las omisiones del personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia encargado de vigilar el trabajo de parto de V1.

66. Derivado de lo anterior, V2 fue remitido a la Especialidad de Neurocirugía, del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, para tratamiento especializado. Asimismo, a la presente fecha V1 informó a esta Comisión Nacional

³¹ Apgar 3/8 Capurro 39 SDG, Líquido meconial mas presentación fetal impactada.

³² Es el daño producido al encéfalo como consecuencia de uno o varios eventos de asfixia en el periodo perinatal, cuyas manifestaciones están en relación a la intensidad del evento asfíctico. *Cfr.* Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica – Isquémica en el Recién Nacido, México: Secretaría de Salud, 2010, p. 8.

³³ Hematoma que aparece en la presentación cefálica del feto durante del parto. *Cfr.* Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, 2001, p. 204.

que V2 a un año de los hechos, *“no gatea, no camina, solo balbucea...”* y no ha sido dado de alta, ya que aún requiere atención médica especializada.

67. Asimismo, de acuerdo a la información proporcionada por el propio IMSS, V2 presenta secuelas motoras importantes, como la *“alteración del movimiento de las cuatro extremidades”*, especialmente las del lado izquierdo, aunado a que en un futuro puede presentar problemas en el *“lenguaje y función cognitiva”*.

68. En vista de lo analizado, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones concatenados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-infantil, lo que generó secuelas neurológicas en la salud de V2.

69. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia, involucrado en el caso de V1, tenían el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivada del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”*, así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”*; lo anterior, en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*.

70. Al existir una profunda interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual 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”*, mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez³⁴, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

71. De igual forma, es fundamental subrayar que algunas de las omisiones del personal médico fueron realizadas por médicos residentes (MR1, MR2 y MR3), que no fueron debidamente supervisados, en clara contravención de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, que en su numeral 10.15, prevé que las actividades de los residentes deben realizarse *“bajo la asesoría y supervisión del profesor titular de la residencia médica, de conformidad con las normas y procedimientos establecidos en la materia, por la institución de salud y la observación de tratados internacionales”*.

72. Por todo lo expuesto, es de concluirse que el IMSS es responsable por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1 y V2, contenido en los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), y por contravenir lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados

³⁴ CNDH. Esta norma oficial mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 26/2018 de 26 de julio de 2018, p. 116; 79/2017 de 29 de diciembre de 2017, p. 159; 48/2017 de 19 de octubre de 2017, p. 45; y en la Recomendación General 31/2017 pp. 68 y 126.

Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

73. Este Organismo Nacional enfatiza la importancia de que todas las instituciones de salud del Estado mexicano ajusten su actuación a los objetivos y metas planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que en el caso que nos ocupa, de manera particular resulta relevante su Objetivo 3, que establece la necesidad de *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*.

2. Derecho a una vida libre violencia obstétrica en agravio de V1.

74. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, 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”*.

75. La violencia obstétrica, es *“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”³⁵.

76. En el presente caso, como ha sido señalado, la conducción del parto por “*oxitocina*” fue injustificada, en tanto, no se realizó como consecuencia de una evaluación de los diámetros de las pelvis de V1. Estas omisiones provocaron que no se diagnosticara en tiempo la posición fetal en la que V2 se encontraba.

77. Lo anterior, provocó que V1 padeciera un sufrimiento adicional durante la labor de parto, que razonablemente pudo haber sido evitada si la atención médica hubiera sido adecuada.

78. Este Organismo Constitucional recuerda que en algunos casos la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redunda en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.³⁶

79. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 31/2017 advirtió que: *“[en] el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva.*

³⁵ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, de 31 de julio de 2017, p. 94.

³⁶ CNDH. Recomendaciones 56/2017 de 10 de noviembre de 2017, p. 95; 48/2017 p. 61, 79/2017, p. 95; y Recomendación General 31/2017, pp. 12 y 139.

Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”; igualmente se sostuvo que: “Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”³⁷.

80. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

3. Responsabilidad.

81. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud en agravio de V1 y V2; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en los artículos 7° fracciones I, VI y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social. 7° párrafos uno y tres del Reglamento de Prestaciones Médicas de IMSS, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

³⁷ CNDH, párrafos 8 y 91.

4. Reparación integral del daño.

82. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público 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. 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.

a) Daño al proyecto de vida de V1 y V2.

83. La Corte Interamericana ha referido que el daño al proyecto de vida es *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las*

*condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito*³⁸.

84. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de las víctimas de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.³⁹

85. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2. De ahí que sea necesario analizar la situación de V1 y V2.

86. Tal como ya ha sido analizado en el apartado anterior, esta Comisión Nacional advirtió omisiones en la atención médica del parto de V1, que tuvo como consecuencia daños neurológicos a V2. Al respecto, V2 padece la “*alteración del movimiento de las cuatro extremidades*”, -especialmente las del lado izquierdo-, aunado a que en un futuro puede verse afectado en la función del lenguaje y a nivel cognitivo. Considerando lo anterior, puede concluirse que las secuelas derivadas de las omisiones descritas en la presente Recomendación, pueden acompañarlo a lo largo de su vida, y pudieran resultar determinantes para su desarrollo personal en condiciones plenas, y cumplimiento de proyectos futuros.

87. Por ello, aunque las secuelas neurológicas que presenta V2, aun y cuando en este momento no es posible asegurar la forma en que estas irán impactando, o que tipo específico de discapacidad (motriz, cognitiva, entre otras posibles) tendrá, este

³⁸ Corte IDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, pp. 149 y 150.

³⁹ Ibídem, p. 148.

Organismo Nacional estima que debe la reparación del daño debe realizarse considerando las normas de derechos humanos de las personas con discapacidad.

88. Al respecto, cabe precisar que la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de las Personas con Discapacidad⁴⁰, el artículo III, numeral 1, inciso a, prevé el compromiso de los Estados a adoptar medidas para promover la integración y no discriminación a favor de las personas con discapacidad, *“por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas, en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia [...]”*

89. Asimismo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador), en su artículo 18, inciso a, refiere que *“toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales, tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, [para lo cual el Estado debe, entre otro puntos,] ejecutar programas específicos destinados a proporcionar [...] los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo,[...]”*

90. Por lo que refiere a V2, esta Comisión Nacional ya ha referido la interconexión existente entre una debida atención de la salud materna y posteriores afectaciones en el recién nacido. En este sentido, se observa que derivado de los hechos, V1 en su condición de madre de V1 sufrió alteraciones en su forma de vida y entorno familiar, en tanto, a raíz de las secuelas sufridas por V2, se vió forzada a organizar

⁴⁰ Al igual, deben seguirse los preceptos contenidos en la La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

su vida cotidiana alrededor del cuidado permanente de la salud de su hijo. De ahí que sea comprensible la existencia de una afectación emocional y psicológica derivado de las violaciones de las que fue víctima junto con V2, además de las implicaciones propias para sus expectativas y proyecto de vida.

91. V1 explicó a esta Comisión Nacional, que previo a los hechos del presente caso, trabajaba como maestra educadora en una guardería, labor de la que fue despedida derivado de su embarazo. Agregó que, posterior a los hechos ocurridos, no ha podido emplearse ya que por las condiciones de salud de V2, todo su tiempo lo dedica al cuidado, a las citas médicas, a los ejercicios de rehabilitación –entre otros- de V2. Enfatizó también, que el nivel de atención y cuidado que proporciona a V2 es muy alto, en tanto, debe evitarse que sufra un aumento de temperatura corporal que le provocaría convulsiones.

92. Este Organismo Nacional observa, que habida cuenta que de hecho, V1 se encarga de la atención y cuidado de V2, -en parte como efecto de las desigualdades de género derivadas de la asignación tradicional de los roles culturalmente construidos sobre la maternidad- formará parte activa de la nueva ruta de desarrollo físico, emocional y psicológico de su hijo para que pueda vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida.

93. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente para poder otorgar un monto económico adicional en la reparación integral que considere cada una de las aristas que deben ser objeto de reparación en el caso de V1 y V2, y puedan emprender nuevos proyectos y nuevas oportunidades de desarrollo y realización personal.

b) Medidas de rehabilitación.

94. Como consecuencia de las secuelas neurológicas que V2 sufre, así como de la afectación que representa en la vida de V1, esta Comisión Nacional determina que: 1) se deberá proporcionar a V2 la atención médica especializada que requiera, con carácter vitalicio, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que V2 pueda alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, como consecuencia de los daños sufridos; 2) en el caso de que así lo requiera V1, se le brinde el acceso a servicios gratuitos de guardería y cuidado acordes a las necesidades particulares de V2; y 3) se garantice el acceso de V2 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo -emprendimiento y conclusión de estudios-, así como de sus capacidades física, mental, cognitiva, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional.

95. Para el cumplimiento de estas medidas, la autoridad responsable deberá –en el plazo de 6 meses- constituir un fideicomiso, para que V1 cuente con recursos económicos suficientes que faciliten solventar el acceso a dicha atención, servicios e instituciones hasta que termine, en su caso, su educación superior o bien hasta la mayoría de edad de V2.

96. En cuanto a V1, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

97. En ambos casos, la atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

c) Medidas de satisfacción.

98. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V2, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos humanos descritas.

99. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2 y AR3, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

d) Garantías de no repetición.

100. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital de Gineco-Obstetricia, en un plazo de 6 meses, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez, y 2) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”* y demás normas oficiales mexicanas en la materia aplicables al presente caso.

101. En el plazo de 2 meses, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia, 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.

e) Medidas de compensación (indemnización)

102. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud de V1, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2, en términos de la Ley General de Víctimas.

103. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso⁴¹, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquel que puede *“comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las*

⁴¹ “Caso “Loayza Tamayo vs. Perú”. Ídem p. 147.

*alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*⁴².

104. Se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados, 2) temporalidad, 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).⁴³

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se repare integralmente el daño a V1 y V2 y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se deberá proporcionar a V2: **1)** la atención médica especializada que requiera, con carácter vitalicio, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que

⁴² Corte IDH. “Caso *Bulacio Vs. Argentina*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr. 90.

⁴³ CNDH. Recomendaciones 30/2018 de 13 de septiembre 2018, p. 113; 26/2018 p.231; 19/2018 p. 100; y 48/2017 p. 83.

V2 pueda alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, como consecuencia de los daños sufridos; **2)** en el caso de que así lo requiera V1, se le brinde el acceso a servicios gratuitos de guardería y cuidado acordes a las necesidades particulares de V2; y **3)** se garantice el acceso de V2 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo -emprendimiento y conclusión de estudios-, así como de sus capacidades física, mental, cognitiva, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional. Para el cumplimiento de estas medidas, la autoridad responsable deberá –en el plazo de 6 meses- constituir un fideicomiso; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En cuanto a V1, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social en contra de AR1, AR2, y AR3, por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2 y AR3 para que haya constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan en el Hospital General, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez, y 2) sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer relativas al presente caso. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, y se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia en la que se les exhorta, 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, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

105. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

106. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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.

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

108. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ