

Comisión Nacional de los Derechos Humanos



RECOMENDACIÓN NO. 38 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2 Y A LA VIDA DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 8 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN URUAPAN, MICHOACÁN.

Ciudad de México, a 19 de agosto de 2016.

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
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, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2015/4099/Q**, relacionado con el caso de V1 y su recién nacida 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, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en 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 y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 18 de mayo de 2015 se recibió en este Organismo Nacional, por razón de competencia, la queja interpuesta ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán por V1, mujer de 33 años de edad, en la que expuso que el 20 de abril de 2015, aproximadamente a la 1:00 horas, acudió al área de Urgencias del Hospital General de Zona número 8 (en adelante Hospital General) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Uruapan, Michoacán, ya que cursaba un embarazo de 27 semanas de gestación y presentó ruptura prematura de membranas (ruptura de fuente).

4. V1 agregó que fue ingresada al área de tococirugía y AR1 le hizo saber que su estado era delicado ya que V2 *“venía muy pequeño”* y en ese nosocomio no contaban con los aparatos necesarios para tratar bebés prematuros (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

5. Asimismo, la quejosa expresó que después de media hora se presentó personal del nosocomio, quien reiteró la información y le hizo saber que existían 2 opciones para tratarla: la primera de ellas era operarla en ese momento bajo el riesgo de que V2 perdiera la vida debido a la falta de aparatos para su atención, y la segunda era trasladarla a la Ciudad de Morelia. V1 y su esposo V3 optaron por el traslado y firmaron el documento que autorizaba el mismo.

6. A las 9:30 horas del mismo día, se indicó a V1 que sólo faltaba la firma del Director para su salida, ya que éste se encontraba en una reunión. Dos horas más tarde otro médico comunicó a V3 y a T1, madre de V1, que a las 11:30 horas de esa fecha saldría la ambulancia que trasladaría a V1 a la Ciudad de Morelia.

7. No obstante lo anterior, el traslado no se llevó a cabo, ya que les informaron que en el Hospital de Morelia no había lugar y a las 16:20 horas AR2 informó a la madre de la quejosa que V1 sería operada de emergencia ya que su vida estaba en riesgo y V2 próxima a nacer.

8. En esa fecha, a las 17:00 horas, se practicó una cesárea a V1; V2 nació con un peso de 840 gramos y talla de 39 centímetros; V1 mencionó que la menor fue ingresada en una incubadora que según lo expresó *“no era especial para niños de su edad”* y falleció a las 2:00 horas del 21 de abril de 2015.

9. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja **CNDH/4/2015/4099/Q**; solicitándose información y copia del expediente clínico respectivo al IMSS; asimismo, se realizaron las diligencias tendentes al esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Oficio 0544/15 de 9 de mayo de 2015, mediante el cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán remitió a este Organismo Nacional el expediente iniciado en esa instancia por el caso de V1, al cual adjuntó las siguientes constancias:

10.1 Queja presentada por comparecencia de V1 ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, el 8 de mayo de 2015.

10.2 Certificado de nacimiento de V2, de fecha 20 de abril de 2015, emitido por la Secretaría de Salud.

10.3 Certificado de defunción de V2, de 21 de abril de 2015 emitido por la Secretaría de Salud.

11. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1212 de 29 de junio de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, por el que remitió el expediente clínico de V1 y V2, integrado en el Hospital General, del que destacan las siguientes constancias:

11.1 “Historia Clínica Obstétrica” de V1 sin fecha.

11.2 Notas médicas de 20 de abril de 2015 a las 1:00 horas, suscrita por AR1; a las 14:05, 15:55 y 18:00 horas suscritas por AR2; y a las 7:15, 8:00 y 13.35 horas, con nombre ilegible, sobre la atención médica otorgada a V1 y V2.

11.3 “Hoja de vigilancia y atención del parto” de V1 de 20 de abril de 2015.

11.4 “Hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico” de V1 de 20 de abril de 2015.

11.5 “Nota de anestesiología” de V1 de 20 de abril de 2015, suscrita por SP1.

11.6 “Notas de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales” de V2, de 20 de abril de 2015 a las 19:00 horas, suscrita por SP4.

11.7 Notas médicas de 20 de abril de 2015 a las 19:00, 20:20 y 20:40 horas suscritas por SP4.

11.8 “Nota agregada” de 20 de abril de 2015 a las 20:30 horas de V2, suscrita por SP4.

11.9 “Hoja de Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” de 20 de abril de 2015.

11.10 “Nota de técnica quirúrgica” de 20 de abril de 2015, signada por AR2.

11.11 “Hoja de consentimiento informado” signada por V1, de 20 de abril de 2015.

11.12 Hojas de resultados de estudios de laboratorio practicados a V2, de 20 de abril de 2015.

11.13 Notas médicas de 21 de abril de 2015 de V1 a las 7:20, 19:30, 20:54 y 23.55 horas suscritas por AR1, SP2 y MIP1, sobre la atención médica otorgada a V1 y V2.

11.14 Notas médicas de evolución y egreso de V1 de 22 de abril de 2015 a las 8:00, 13:30, 13:40 y 14:00 horas suscritas por MIP1, SP3 y MIP2, sobre la atención otorgada a V1 y V2, con posterioridad a la práctica de la cesárea.

11.15 Hojas de resultados de estudios de laboratorio practicados a V1 de 20 y 22 de abril de 2015.

11.16 Formatos de registros Clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de V1.

11.17 Hoja de recién Nacido de V2 de fecha 20 de abril de 2015.

11.18 Formato de registros Clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de V2.

11.19 Hoja de alta hospitalaria por defunción de V2, de fecha 21 de abril de 2015.

11.20 Nota de egreso hospitalario por defunción de V2 de 21 de abril de 2015, elaborada a las 2:35 horas.

11.21 Formato de “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, piezas y órganos anatómicos” de V2 con fecha 21 de abril de 2015.

11.22 Hoja de alta hospitalaria de V1, de 22 de abril de 2015.

12. Oficio número 09 52 17 61 4BB1/1148 de 22 de junio de 2015, suscrito por la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual esa institución rindió el informe requerido por este Organismo Nacional, al que se adjuntó el similar 170902012151/0001140 de 19 de junio de 2015, en el que se detalló la atención otorgada a V1 y V2 en el Hospital General.

13. Opinión médica sobre el caso de V1 y V2, emitida el 17 de noviembre de 2015, por un experto adscrito a este Organismo Nacional.

14. Acta Circunstanciada de 31 de mayo de 2016, en la que se hizo constar la llamada realizada por una Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional a V1, en la que expresó que con motivo de los hechos no presentó ninguna denuncia, queja o inconformidad ante alguna otra autoridad, únicamente la que se tramita en la CNDH.

15. Acta Circunstanciada de 31 de mayo de 2016 en la que se hizo constar la gestión telefónica realizada por un Visitador Adjunto de este Organismo Nacional con personal del Órgano Interno de Control del IMSS, de la que se advirtió que esa autoridad no inició procedimiento administrativo alguno con motivo de los hechos materia del presente pronunciamiento.

16. Acta Circunstanciada de 3 de agosto de 2016 en la que se hizo constar la diligencia realizada por una Visitadora Adjunta y una médica de este Organismo Nacional en las instalaciones del Hospital General, en la que se constató que ese nosocomio no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y el Director

del Hospital General manifestó que por un error del personal tratante, se documentó lo contrario en una nota elaborada el 20 de abril de 2015.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El IMSS informó a este Organismo Nacional que sobre el presente caso, no se inició procedimiento administrativo alguno.

18. Asimismo, esta Comisión Nacional, al momento de la emisión de la presente Recomendación, no tiene conocimiento que se haya integrado averiguación previa para investigar conductas posiblemente constitutivas de delito.

IV. OBSERVACIONES.

19. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2015/4099/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción que permiten probar violaciones a los derechos humanos: 1. A la protección de la salud de V1 y V2; 2. A la información en materia de salud; 3. A la vida de V2, y 4. A una vida libre de violencia obstétrica de V1.

1. Derecho a la protección de la salud de V1.

20. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece 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.

21. 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”².*

22. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”³.*

23. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención*

¹ 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.

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, párrafo 24.

³ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

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".⁴

24. Además se puntualizó que: *"Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad"*; y recalcó 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"*.⁵

25. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 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"*.

26. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado 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 periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de*

⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párrafo 1.

⁵ Ibídem, párr. 27.

*intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.*⁶

27. Por su parte, 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”), reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar 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”*.

28. En el presente caso, este Organismo Nacional constató que el 20 de abril de 2015, aproximadamente a las 1:00 horas, V1, quien cursaba un embarazo de 27 semanas, acudió al servicio de urgencias del Hospital General, al presentar ruptura de membranas. En el citado nosocomio fue atendida por AR1 quien elaboró su historia clínica y en la nota de atención correspondiente estableció lo siguiente: *“...Gesta 4 Para 1 Aborto 1 Cesárea 1, **refiere salida espontánea de líquido trasvaginal en moderada cantidad** acompañado de dolor tipo obstétrico hace 30 minutos, así mismo refiere adecuada cinética fetal... PUVI FU 26 cm, longitudinal, **pélvico**, FCF 152 x’, **tono uterino con actividad irregular, tacto vaginal cérvix intermedio 1-2 cm, dilatación 90% borramiento, Tarnier positivo...** Rastreo USG: PUVI **Pélvico**, Fetometría DNP/CA/LF 28 semanas, Placenta Corporal Anterior Granum II, **ILA 3**, FCF 148 x’, PEP 1200gr... IDX:*

⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

*Embarazo 31.1 semanas x FUM (28 x USG actual), **RPM Pretérmino / Oligohidramnios**, Trabajo de Parto Fase latente... Plan: Pasa a TOCO, Uteroinhibición/Inductores Madurez Pulmonar/Antibioticoterapia... Indicaciones: 1.- AHNO, 2.- Sol. Glucosada 5% 500cc + 5 ámpulas de Orciprenalina 10 gotas x min dosis respuesta, 3.- Dexametasona 6mg IM cada 12 horas (4 dosis), Cefotaxima 1 gr IV cada 12 horas, Butilhioscina 20 mg, IV cada 8 horas, 4.- Vigilancia Obstétrica, 5.- BHC, QS3, EGO, TP, TPT, SVPT y CGE..."*

29. De la citada nota y conforme la opinión de un médico de este Organismo Nacional, se observa que AR1 detectó diversos parámetros para considerar que el embarazo de V1 era de alto riesgo, al tratarse V2 de un producto pretérmino de 27 semanas de gestación, aunado a que existía ruptura prematura de membranas, Oligohidramnios (disminución del líquido amniótico), presentación pélvica y amenaza de parto pretérmino.

30. Respecto a este último aspecto, en la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino, se describe que se considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino cuando la paciente presenta uno o más de los siguientes síntomas y signos: contracciones uterinas clínicamente documentadas, dilatación cervical igual o mayor de 2 centímetros y borramiento cervical igual o mayor de 80%.

31. En ese sentido, del contenido de la citada nota resulta evidente que V1 cursaba una amenaza de parto pretérmino, por lo que AR1 indicó de manera adecuada la aplicación de uteroinhibidores a base de Orciprenalina para detener las contracciones uterinas y evitar el parto, de acuerdo a la citada Guía de Práctica Clínica, el cual fue administrado según se observa de la Hoja de Registros Clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería que obra en el expediente clínico de V1.

32. En la misma valoración se administraron de forma correcta maduradores pulmonares a base de dexametasona y antibióticoterapia a base de Cefotaxima y se reportó la ruptura prematura de membranas, siendo así que de acuerdo a la expertiz de un médico de este Organismo Nacional, si tal ruptura se suscita antes de las 37 semanas de gestación, se conoce como ruptura prematura de membranas y puede presentar complicaciones maternas como son: infección de líquido amniótico y membranas, infección intrauterina, infección posparto y desprendimiento prematuro de placenta, así como neonatales, tales como: dificultad respiratoria, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular y riesgo de compresión de cordón en caso de anhidramnios. Además, la disminución del líquido amniótico presenta mayor riesgo de compresión del cordón umbilical y a su vez de sufrimiento fetal.

33. Por tales motivos, al tratarse de un embarazo de alto riesgo, la práctica de una cesárea urgente se encontraba indicada para aumentar la sobrevida de V2 y evitar el sufrimiento fetal, ya que al no realizar tal procedimiento se dejó evolucionar el embarazo y el parto pretérmino, reduciendo simultáneamente las probabilidades de supervivencia de V2; en suma, AR1 omitió solicitar oportunamente la práctica de una cesárea y ello favoreció el desarrollo de complicaciones en V2.

34. El 20 de abril de 2015 a las 7:15 horas se elaboró una nota sin nombre y firma del médico tratante en la que se asentó: “...*Femenina de 35 años con diagnóstico de 28 SDG por US + **RPM de 7 horas**, actualmente **continúa con actividad uterina** con dilatación cervical de 2 cm... abdomen con útero gestante, **presentación pélvica** situación longitudinal, FCF: 132 x´...*”.

35. Tales anotaciones permiten observar que el embarazo de alto riesgo de V1 se dejó evolucionar aproximadamente por 6 horas, desde su ingreso a la 1:00 horas, y nuevamente se omitió solicitar la resolución del embarazo vía cesárea, por lo que continuó la disminución paulatina de la sobrevida de V2 y debido a la

reducción del líquido amniótico, así como a la presentación pélvica, se favoreció la compresión del cordón umbilical, lo que desencadenó la interrupción en el flujo materno-fetal y produjo sufrimiento fetal, disminuyendo la posibilidad de supervivencia de V2 al nacer.

36. A las 8:00 horas de la fecha señalada, se asentó en el expediente clínico de V1 una nota sin nombre y firma del médico, en la que se describió lo siguiente: “...**sin líquido amniótico**, FCF 130 x’, feto al momento crítico... con peso aproximado de 1139 gr...”. En la opinión de un médico de este Organismo Nacional, de nueva cuenta se dejó evolucionar el embarazo de alto riesgo y se continuó la disminución en la posibilidad de supervivencia del producto. Aunado a ello se estableció: “...feto al momento crítico...” de lo cual fue posible observar que V2 se encontraba en malas condiciones clínicas, por lo que debió solicitarse la práctica de una cesárea urgente para aumentar su probabilidad de supervivencia.

37. Durante el mencionado seguimiento médico se practicó a V1 un partograma con la finalidad de vigilar el trabajo de parto; sin embargo, en el apartado de frecuencia cardíaca fetal se observó una cifra de 118 latidos por minuto, lo cual era un indicativo de que V2 cursaba un cuadro de bradicardia fetal⁷ traducida en sufrimiento fetal, secundaria a la compresión del cordón umbilical, lo que permite reforzar la consideración de que era indispensable la práctica de una cesárea de urgencia a V1, misma que no se llevó a cabo de manera oportuna.

38. Aunado a lo anterior, el 20 de abril de 2015 se asentó en una nota agregada con nombre ilegible: “...se habla a HGRN ya que requiere de UCIN y esta clínica no se cuenta con este servicio se realiza Enlace. Plan: en espera de que se mande a paciente a unidad de apoyo...”. En tal anotación se estableció que el Hospital General no contaba con servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Además, la carencia del mismo se hizo notar al menos siete horas

⁷ Disminución de la frecuencia cardíaca.

después del ingreso de V1 al nosocomio a las 1:00 horas, considerando que la valoración más reciente de la paciente hasta ese momento se había efectuado a las 8:00 horas.

39. En la siguiente revisión, realizada a las 13:35 horas del 20 de abril de 2015 se elaboró una nota en la que se asentó *“FCF 138 x’, me informa trabajo social que de forma verbal directivo que no hay lugar en UCIN mientras en espera de que se realice su traslado”*, es decir, hasta ese momento habían transcurrido aproximadamente 12 horas desde el ingreso de V1 al Hospital General, sin que se solicitara la práctica de la cesárea urgente dadas las condiciones de V2; ello aunado a la carencia de espacio con motivo de la falta del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que tampoco fue prevista desde el ingreso de V1 al nosocomio, al detectarse los síntomas de alarma ya descritos, que presentaba el embarazo de la paciente.

40. A las 14:05 horas, V1 fue valorada por AR2, quien reportó lo siguiente: *“...Feto pélvico / RPM pretérmino / Oligohidramnios secundario / trabajo de parto fase latente... y con presentación regular, **continúa con pérdida vaginal de líquido claro sin grumos... en presentación podálica...** con FCF de 134 lpm... **tacto vaginal con cérvix con dilatación de 4 cms con borramiento del 70%, con la presencia de un pie en canal vaginal**, con Tarnier positivo... Paciente que se encuentra en espera de su traslado a unidad de apoyo Charo HGR 1, sin embargo hasta el momento no se ha resuelto la situación administrativa, por lo que continuamos en espera del traslado... por el oligohidramnios severo secundario, por lo que si continua sin autorizarse (sic) el traslado, se tendrá que interrumpir el embarazo por vía abdominal ya que la paciente tiene trabajo de parto, Plan: continua mismo manejo y en espera de su traslado a unidad de apoyo...”*

41. Sobre esta nota se destaca que V1 continuaba perdiendo líquido amniótico, lo que en la opinión del médico de este Organismo Nacional implicaba un aumento

en las complicaciones que ya sufría V2, siendo el caso que se encontraba en ese momento en presentación podálica⁸, por lo que V1 presentaba criterios suficientes para que se determinara la resolución obstétrica por vía cesárea y elevar las posibilidades de vida de V2; no obstante AR2 no lo solicitó, sino que hizo alusión al trámite pendiente de autorización para el traslado de V1, permitiendo que el estado de V1 y V2 se deteriorara.

42. Nuevamente a las 15:55 horas V1 fue valorada por AR2, quien asentó en la nota elaborada: *“...continúa con trabajo de parto, y que ha tenido algunas variantes del latido cardíaco fetal, motivo por lo que se interrumpirá el embarazo por vía abdominal ya que tiene riesgo de compromiso funicular y de prolapso del cordón...”*. Al respecto, de acuerdo al criterio del médico de este Organismo Nacional, el monitoreo fetal se encontraba indicado en atención a lo previsto por la Guía de Práctica Clínica sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, ya que en el presente caso, V2 presentaba criterios para su vigilancia mediante cardiotocografía⁹.

43. Lo anterior permite observar que durante la citada vigilancia fetal se incumplió lo previsto en el numeral 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 *“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio”*, que establece que el control del trabajo de parto normal debe incluir *“la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos”*, lo que en el presente caso no se llevó a cabo de tal manera, dado que la Frecuencia Cardíaca Fetal de V2 fue registrada, de acuerdo a las constancias médicas, a las 00:05, 4:00, 7:00, 10:00,

⁸ Con los pies hacia el canal vaginal.

⁹ Estudio que permite registrar de forma simultánea las contracciones uterinas, los movimientos y la frecuencia cardíaca del producto de la gestación.

11:46 y 14:00 horas, sin que se desprenda de las constancias médicas la justificación o el motivo de tal omisión.

44. En consecuencia, para este Organismo Nacional la vigilancia de V2 no fue debidamente monitoreada por parte de los doctores AR1, AR2 y el médico que realizó la valoración de las 13:35 horas, cuyo nombre se encuentra ilegible en la nota correspondiente. La vigilancia de este parámetro resultaba de importancia debido a la edad gestacional de V2 y las complicaciones que hasta ese momento había presentado.

45. Ahora bien, por lo que corresponde al señalamiento descrito en el sentido de que “...*tiene riesgo de compromiso funicular y de prolapso del cordón...*”, el médico de este Organismo Nacional destacó que este riesgo se encontraba latente desde el ingreso de la paciente al hospital, y a pesar de ello la complicación fue tomada en cuenta 14 horas después, contribuyendo a la dilación en la resolución obstétrica del parto, lo que provocó que la tasa de sobrevida de V2 disminuyera de forma paulatina.

46. Ello se constató con la información que obra en la hoja de Cuidados de Enfermería al Paciente Quirúrgico, en la que se estableció que la hora de ingreso de V1 al quirófano para la práctica de la cesárea fue a las 16:40 horas del 20 de abril de 2015, es decir al menos 15 horas después de su ingreso al nosocomio. Al respecto, el médico experto de este Organismo Nacional consideró que si la cesárea se hubiera practicado con mayor celeridad, las complicaciones neonatales que presentó V2 habrían tenido una mejor respuesta al tratamiento prescrito.

2. Derecho a la protección de la salud de V2.

47. De la cesárea practicada a V1 se obtuvo un producto recién nacido del sexo femenino de 890 gramos con una talla de 39 cm, PC. 25 cm. PT 26 cm., Apgar de 6 al primer minuto y de 9 a los cinco minutos. Estas cifras eran indicativas de que

V2 no se encontraba en total deterioro clínico por lo que fue ingresada a una incubadora para recién nacidos. Por su parte, V1 fue dada de alta al presentar mejoría clínica.

48. En la nota elaborada por SP4 se estableció lo siguiente: “...La paciente presenta ruptura de membranas a las 02:00 y por lo cual ingresa al servicio de Tococirugía... se recibe de manos de ginecólogo producto único del sexo femenino con **cianosis, llanto débil y esfuerzo respiratorio débil**, se lleva a cuna de calor radiante se dan pasos iniciales, **FC < 100x´**, por lo que **se decide intubación endotraqueal** con cánula #3, con lo que mejora coloración, **se aplica 1 dosis de surfactante en los primeros 30 minutos** de vida, se liga y corta cordón umbilical, se aplica vitamina K y cloranfenicol profilácticos, se toma somatometría: peso 840 gr, talla 39cm, PC 23 cm, PT 23 cm, PA 21 cm, pie 5, Apgar 6-8, SA no valorable por intubación endotraqueal, FC 100x´, FR 60x´, Temp 36°, **Sat 86%**, paciente hipoactivo, parpados cerrados, piel gelatinosa, pabellones adecuada implantación... **en cuna de traslado se lleva a UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)**, **se conecta a ventilador mecánico**... la radiografía con disminución del volumen pulmonar, imagen en vidrio despulido, **gasométricamente con acidosis respiratoria e hipoxemia**... presenta datos de bajo gasto, bradicardia, pulsos débiles llenado capilar de 4 segundos, se trata de recién nacido prematuro extremo, **con RPM de 16 horas, de evolución**... con datos clínicos y radiográficos de **SDR severo**, se aplica surfactante de rescate y se conecta a ventilador mecánico, se inicia apoyo aminérgico, se coloca catéter venoso umbilical... se reporta paciente muy grave con alto riesgo de muerte por prematuridad, peso bajo y comorbilidades...”.

49. Como se advierte de esta constancia, SP4 hizo constar que V2 fue trasladada a la UCIN; al respecto, en entrevista realizada el 3 de agosto de 2016, el Director del Hospital General destacó que el nosocomio no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y que la información asentada en la nota

elaborada por SP4 obedece a “*un error de los médicos tratantes*”; tal situación se constató por personal de este Organismo Nacional en diligencia de campo realizada en la fecha citada, por tanto, si el Hospital General no contaba con este servicio, debió tramitar el traslado oportuno de V1 a algún otro nosocomio que sí contara con tal servicio y que tuviera cupo para atenderla, no sólo limitarse a gestionar el traslado al Hospital de Morelia, que no tenía lugar disponible.

50. Debido a la dilación en la resolución obstétrica V2 nació con datos de dificultad respiratoria severa, llanto débil, esfuerzo respiratorio débil, hipoactividad, acidosis respiratoria con hipoxemia y saturación de oxígeno al 86%, por lo que de manera adecuada se indicó intubación endotraqueal y conexión a ventilador mecánico, aplicación de surfactante vía endotraqueal, antibioticoterapia a base de ampicilina y amikacina, soluciones parenterales, así como dopamina y dobutamina a manera de estimulantes cardíacos.

51. A pesar de tales maniobras, mismas que fueron adecuadas para el estado de V2, perdió la vida a las 2:00 horas del 21 de abril de 2015, tal y como se hizo constar en la nota elaborada el 21 de abril de 2015 a las 2:35 horas: “*...motivo de egreso: defunción, fecha de defunción: 21-04-15 a las 02:00 horas, se trata de recién nacido prematuro extremo de sexo femenino, de 27 semanas de gestación, obtenido vía abdominal producto de la 4ta gesta... paciente recién nacido prematuro extremo de 27 semanas con apenas 09 horas, de vida extrauterina, que comienza con datos de mala perfusión y gasto cardíaco, con frecuencia cardíaca de 40 x', aun con apoyo aminérgico, fallece a las 02:00 horas del 21-04-15, encontrándose en asistolia, sin pulso periféricos presentes, piel cianótica, gelatinosa, oximetría de pulso 0%, se tramita certificado de defunción...*”.

52. En atención a lo anterior, de acuerdo a las conclusiones del médico de este Organismo Nacional, al contar V2 con 27 semanas de gestación, presentaba un porcentaje de viabilidad o esperanza de vida, por lo que al tener conocimiento el

personal médico de que era demasiado inmaduro para recibir un apoyo intensivo, debió establecerse como tratamiento preventivo un parto por cesárea y no permitir que el trabajo de parto evolucionara 15 horas, ya que de este modo se disminuyó de manera injustificada el porcentaje de sobrevida de V2 y se condicionó que al momento de su nacimiento presentara Síndrome de Dificultad Respiratoria Severa, el cual no mostró respuesta favorable a los cuidados otorgados con posterioridad a su nacimiento, provocando de esa manera su fallecimiento.

53. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades detectadas configuran una serie de actos y omisiones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad a V1 y V2 el derecho a la protección de la salud. Dichas conductas y omisiones descritas, contravienen lo dispuesto en el numeral, 5.4.2.1 de la referida Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 que prevé los procedimientos para la adecuada atención y control del trabajo de parto.

54. El incumplimiento Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (actualmente NOM-007-SSA2-2016) ha sido referida reiteradamente en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional,¹⁰ en las que se resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la aludida norma, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

55. En razón de ello, este Organismo Constitucional considera que el personal médico del Hospital General, involucrado en el caso de V1 y V2, tenía el deber de

¹⁰ Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016 y 33/2016.

cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada de los artículos 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”*.

56. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo, 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, 7, 8, 43 y 52 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y el contenido de la Norma Oficial Mexicana 007- SSA2-1993, “Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento.

57. Asimismo, el personal médico omitió observar los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1, 10.2, inciso a), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

58. Este Órgano Constitucional colige que la protección a la salud de V1 se encontraba interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo de V2

hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que fueran satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada al acceso al derecho a la salud, y a una vida libre de violencia, se garantizaría la viabilidad de V2.

59. Dicha interconexión, se encuentra latente en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

60. Además, este Organismo Constitucional considera que V2 desde su nacimiento, y al recibir atención en un establecimiento médico del Estado, se encontraba bajo la tutela del mismo de manera individual, adquiriendo entre otros, los derechos a la protección de la salud y trato digno. Al respecto, de las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional se advirtió que al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades de salud, la actuación de los médicos involucrados provocó la violación de los derechos humanos a la protección a la salud del binomio materno-infantil.

61. Aunado a ello, se aprecia que las autoridades responsables, no atendieron el derecho a la protección de la salud de V2, respecto de lo cual el Estado Mexicano, a través de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales, las leyes generales, federales y estatales en los que se otorga la máxima protección a los derechos de los niños, se encuentra obligado a llevar acciones encaminadas a la salvaguarda de la niñez, lo que implica en este caso que el personal que labora en instituciones dependientes del Estado, debe dirigir todas sus actuaciones para lograr que dicha protección sea efectiva.

62. Al respecto, la opinión consultiva OC-17/2002, “Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño”, de 28 de agosto de 2002, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, establece en su párrafo 78 que la *“eficaz y oportuna protección de los intereses de los niños debe brindarse con la intervención de instituciones debidamente calificadas para ello, que dispongan de personal adecuado, instalaciones suficientes, medios idóneos y experiencia probada en este género de tareas”*; en este sentido, el artículo 3.3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, determina que *“los Estados parte se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada”*.

63. Lo anterior se encuentra reforzado en el artículo 24.1, de la Convención establece que *“los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud y, al ser así, prevé que se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”*.

64. Asimismo, la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, prevé en su artículo 1°, fracción II, como parte de su objeto de *“garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte”*. También, en su artículo 50 destaca el derecho de los niños *“a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud”*.

65. Por tanto, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido, en el caso que nos ocupa, como la posibilidad que tienen las mujeres y niños a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias, para alcanzar su más alto nivel; exigencias que no fueron satisfechas en el presente caso.

3. Derecho a la información en materia de salud.

Inadecuada integración del expediente clínico de V1.

66. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que en materia de salud, el derecho a la información comprende *“el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.¹¹

67. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, sustenta que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como*

¹¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación General No. 14, sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, párr. 12, inciso B, número IV.

describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”.

68. En ese contexto, para este Organismo Nacional, el derecho a la información en materia de salud consiste en aquella libertad atribuible a los usuarios de servicios médicos para solicitar, recibir y conocer todos aquellos datos que se relacionen con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico emitido, opiniones y comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios practicados, tratamiento prescrito y acciones implementadas respecto de su atención médica.

69. Por otro lado, durante la investigación del presente caso, este Organismo Nacional advirtió que en las constancias médicas que integran el expediente clínico de V1, se detectaron diversas omisiones, que impidieron conocer de manera precisa el seguimiento médico de V1, evidenciando además un incumplimiento a lo que establecen los numerales 5.10 y 8.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*.

70. Lo anterior, toda vez que esta Comisión Nacional constató que en las notas elaboradas el 20 de abril de 2015 a las 7:15, 8:00 y 13:35 horas, así como en el partograma de V1, la nota agregada de 20 de abril de 2015 se omitió asentar el nombre completo y el cargo del personal responsable de su elaboración.

71. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional¹² en los que se ha resaltado el deber de los prestadores de

¹² Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 51/2015, 52/2015 y 8/2016, 1272016, 14/2016, 21/2016, 26/2016, 27/2016, 31/2016 y 33/2016.

servicios médicos, de integrar adecuadamente los expedientes clínicos, no obstante, esta práctica continúa suscitándose con frecuencia.

72. A este respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador*, ha dicho que “...es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”¹³

73. Lo expuesto resulta trascendente dado que el expediente de un paciente debe permitir conocer a detalle y de forma veraz, la información relacionada con su estado clínico; por lo tanto, las instituciones médicas son solidariamente responsables del cumplimiento de la referida Norma y como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, el Hospital General debe establecer medidas para que sea observada adecuadamente.

4. Derecho a la vida de V2.

74. Para este Organismo Nacional el derecho a la vida “consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un

¹³ CIDH, *Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*, sentencia de 22 de noviembre 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

*valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano*¹⁴.

75. Las disposiciones que establecen la protección a la vida son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1.2 y 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

76. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*¹⁵

77. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado *“que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”*.¹⁶

78. De igual manera ha señalado que *“[...] los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier*

¹⁴ Recomendación 51/2015, Sobre el caso de inadecuada atención médica y violencia obstétrica en agravio de V1 y V2, en el Hospital General de Acatlán de Osorio de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, párrafo 110.

¹⁵ CIDH, *Villagrán Morales y otros vs. Guatemala* (“Caso de los Niños de la calle”), sentencia de 19 de noviembre de 1999, Fondo. párrafo 144.

¹⁶ *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 124.

amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud¹⁷.

79. Es fundamental recordar que al tratarse de una menor de edad, recién nacida, por su condición vulnerable, la garantía efectiva del derecho a la protección de la salud permite salvaguardar el derecho a la vida.

80. En atención a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten aducir que la dilación en la atención médica otorgada a V1 y en la resolución de su embarazo, por parte del personal adscrito al Hospital General, permitió que las complicaciones que presentaba V2 evolucionaran, reduciendo su expectativa de supervivencia una vez que se llevó a cabo la cesárea, ya que se favoreció el desarrollo del Síndrome de Dificultad Respiratoria Severa que no se controló a pesar de los cuidados otorgados con posterioridad al nacimiento y que en consecuencia, derivó en la pérdida de la vida.

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

81. Esta Comisión Nacional advierte que la inadecuada atención al binomio materno-fetal, en el caso de V1 se tradujo en violencia obstétrica por parte del personal adscrito al Hospital General. Al respecto, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35 y 46, fracciones II, y X, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de 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”*.

¹⁷ CrIDH. Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párrafo. 177.

82. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Conforme a los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que 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 feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

83. La Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido normalizada 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.

84. En el caso de V1, la dilación de 15 horas en la resolución del embarazo, debido a la falta de servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y el retraso en la autorización de traslado de V1 del Hospital General en Uruapan a la Ciudad de Morelia, o su traslado a otro hospital que sí contara con instalaciones idóneas provocaron un riesgo en la salud de V1 y propiciaron que las complicaciones presentadas por V2 evolucionaran con posterioridad a la práctica de la cesárea, y debido al Síndrome de Dificultad Respiratoria Severa que desarrolló por el retardo en la atención del parto, tuvo por consecuencia la pérdida de la vida; por ello, las conductas y omisiones del personal que atendió a V1 y V2 que propiciaron tal retraso, se configuran como violencia obstétrica.

85. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional encuentra que AR1 y AR2 adscritos al Hospital General, son responsables por la violación al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica 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”).

6. Responsabilidad.

86. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, el 20 de abril de 2015, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas ya descritas en el apartado que antecede, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la salud de V1 y V2, a la vida de V2, de acceso a la información en materia de salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V1; en ese orden de ideas, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen elementos suficientes para concluir que AR1 y AR2 incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia, incurriendo con ello en la inobservancia a las obligaciones contenidas en así como 8º, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

7. Reparación integral del daño.

87. En términos de los artículos 1º, 2º, fracción I, 7º, fracciones II, VI, VII y VIII, 8º, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los

Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, a la vida de V2, así como al derecho a la información en materia de salud, además de incurrir en conductas que configuraron violencia obstétrica en agravio de V1 se deberá inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que, en lo conducente, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral. Para tal efecto, esta Comisión Nacional, remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

88. Asimismo, de conformidad al artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1 y V2, de conformidad con las constancias que integran el presente expediente y quienes evidentemente sufrieron una afectación con motivo de los hechos descritos por lo que de conformidad con el citado ordenamiento, tiene derecho a la reparación integral del daño, así como a la inscripción en el en el Registro Nacional de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

89. La atención médica y psicológica que se preste a las víctimas, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

90. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información

previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

91. De la misma forma, se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control del IMSS, respecto de AR1 y AR2 por las violaciones a los derechos humanos descritas.

c) Garantías de no repetición.

92. Éstas 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 diseñe e imparta en el Hospital General, dos cursos integrales sobre “Educación, Formación y Capacitación sobre los derechos humanos que el orden jurídico reconoce a las mujeres y niños” y sobre la observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*.

93. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

94. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 la autoridad deberá indemnizarla. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros:

95. 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 caso.

96. Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por la víctima.

97. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Biopsicosocial (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).

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a V1 y V3 con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General involucrados en los hechos, que incluya una indemnización o compensación y se le proporcione a V1 atención médica y psicológica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez, en el Hospital General, o en algún otro Centro de Atención Médica perteneciente a ese Instituto y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan en el Hospital General, dos cursos integrales de Educación, Formación y Capacitación sobre los derechos humanos que el orden jurídico reconoce a las mujeres y niños, así como de la observancia de la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General, 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 y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en el Hospital General, adopten medidas efectivas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra del personal involucrado en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Inscribir a V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

98. 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 de las otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

99. 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.

100. 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.

101. 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