



RECOMENDACIÓN NO. 5 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN METEPEC, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 28 febrero de 2017

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, 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, 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/4/2016/2889/Q**, relacionado con el caso de V1 y la pérdida del producto de la gestación.
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 4º 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 vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 7 de abril de 2016, en un medio de comunicación local se publicó la nota periodística titulada: *“Bebé muere en IMSS de Metepec; familiares presumen negligencia”*, en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 21 años de edad, que cursaba un embarazo de 37 semanas de gestación, quien el 6 de abril de 2016 acudió al Hospital General Regional 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social (en lo sucesivo “Hospital General”), ya que presentaba salida de líquido transvaginal.

4. V1 narró que una semana antes de lo sucedido, un doctor del Hospital General le indicó que por la preeclampsia que presentaba, era necesario para bien del producto, la realización de una operación. Al siguiente día, una doctora le realizó un tacto vaginal que la lastimó y le expresó: *“tú no tienes nada que haces aquí (sic)”*, indicándole a una enfermera que le diera *“cinco pastillas en lugar de tres”*. V1 preguntó a dicha doctora el por qué de la medicación, respondiendo ésta: *“no me importa, si no tiene nada que hace aquí (sic)”*. V1 agregó que le siguieron dando *“muchos medicamentos”* y le realizaron varias revisiones. El 26 de marzo de 2016, solicitó su alta voluntaria.

5. El 6 de abril de 2016, al rompérsele la fuente V1 acudió al Hospital General, siendo atendida a las 8:45 horas y enviada a labor de parto a las 9:10 horas. Sin embargo, al ser revisada a las 13:00 horas, el personal médico se percató que no se escuchaban los latidos del producto de la gestación, por lo cual le fue realizado un ultrasonido. Después de ello, le informaron que *“probablemente su bebé ha[bía] fallecido”*. Ante tal circunstancia, a las 18:00 horas le practicaron una cesárea y al

finalizar dicha intervención, personal de enfermería colocó al producto de la gestación sin vida en una báscula y fue mostrado a sus familiares.

6. Con motivo de los hechos, el 21 de abril de 2016, esta Comisión Nacional, inició de oficio el expediente de queja **CNDH/4/2016/2889/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.

7. Nota periodística de 7 de abril de 2016, publicada por un medio de comunicación local titulada: *“Bebé muere en IMSS de Metepec; familiares presumen negligencia”*.

8. Acuerdo de inicio de expediente de oficio, de 21 de abril de 2016, emitido por esta Comisión Nacional, por los hechos del caso.

9. Acta Circunstanciada de 11 de mayo de 2016, en la que consta la entrevista realizada por personal de esta Comisión Nacional a V1.

10. Oficio de 8 de julio de 2016, por el que servidores públicos del IMSS rindieron el informe solicitado por este Organismo Nacional.

11. Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General, del que destacan las siguientes constancias:

11.1 Nota médica del 23 de marzo de 2016, de las 14:18 horas, suscrita por SP1.

11.2 Nota de ingreso hospitalario del 23 de marzo de 2016, de las 18:00 horas, firmada por SP2.

11.3 Nota médica del 23 de marzo de 2016, de las 21:50 horas, firmada por AR1.

11.4 Nota de alta del servicio de hospitalización del 25 de marzo de 2016, suscrita por AR2.

11.5 Nota del 31 de marzo de 2016, de las 17:40 horas, suscrita por AR3.

11.6 Nota médica de evolución del 31 de marzo de 2016, de las 21:30 horas, firmada por AR4.

11.7 Nota de evolución matutina del 1° de abril de 2016, de las 09:10 horas, firmada por AR2.

11.8 Nota de evolución de Tococirugía del 1° de abril de 2016 de las 15:10 horas, suscrita por AR3, y Nota de la misma fecha, de las 22:30 horas, firmada por AR5.

11.9 Nota de valoración urgencias del 4 de abril de 2016, de las 12:30 horas, firmada por AR6.

11.10 Nota médica de ingreso del 6 de abril de 2016, de las 10:25 horas, suscrita por AR6.

11.11 Nota médica del 6 de abril de 2016, de las 13:10 horas, suscrita por AR6.

11.12 Nota médica del 6 de abril de 2016 de las 15:00 horas, firmada por AR3.

11.13 Nota médica de ingreso a piso, de 6 de abril de 2016, a las 23:53 horas, sin nombre de quien la elaboró.

11.14 Record Quirúrgico cesárea, con fecha ilegible, suscrito por AR3.

11.15 Certificado de muerte fetal del producto de la gestación de V1, de 6 de abril del 2016.

12. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 6 de octubre de 2016, suscrita por un médico de este Organismo Nacional.

13. Acta Circunstanciada de 14 de noviembre de 2016, en la que se hizo constar la llamada telefónica realizada por una Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional con personal del Área de Auditoría, Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, de la cual se tuvo conocimiento que sobre el caso de V1 no se inició expediente administrativo de responsabilidad.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

14. Derivado de los hechos, la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS, determinó aplicar dos notas de demérito a AR6, por no haber dado *“cabal cumplimiento a la normatividad vigente”*.

15. El Órgano Interno de Control del citado instituto informó a este Organismo Nacional, que con motivo del presente caso, no inició expediente administrativo de responsabilidad.

IV. OBSERVACIONES.

16. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/2889/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 vulneración a los derechos humanos de V1, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud; 1.1. Inadecuada atención médica

otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación; 2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica; y 3. Indebida integración del expediente clínico.

1. Derecho a la protección de la salud.

17. El 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.

18. 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.

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 y Recomendación 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”*, párr. 21.

19. 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.

20. 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 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.

21. 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.

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.

⁴ Párrafo 1.

⁵ Ibídem, párr. 27.

22. 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”*.

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

24. 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”*.

⁶ OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación.

25. En relación con el presente caso, el 23 de marzo de 2016, V1 acudió al Hospital General, donde fue atendida por SP1, quien en una nota médica estableció: “...TA Derecho 120/85, Izquierdo 130/90, FC 96, FR 22, Temp. 36.3°C, Peso 128 Kg, Talla 1.61... Embarazo de 36.3 SDG, Obesidad Mórbida, Cervicovaginitis, Enfermedad Hipertensiva de Embarazo a Clasificar... se refiere edema de miembros inferiores, dolor en pierna izquierda... AFU 31 cm cefálico dorso a la izquierda FCF de 134x’, sin actividad uterina, al tacto vaginal cérvix posterior cerrado con fluido amarillo... Ingresa a piso para tomar perfil toxémico completo, vigilancia de cifras tensionales...”, dicha nota dio cuenta de la condición de obesidad mórbida que V1 tenía (índice de masa corporal de 49.30).

26. Sobre esta cuestión, de acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, la obesidad incrementa el riesgo de aborto durante el primer trimestre; asimismo, en mujeres con obesidad que logran el embarazo hay una serie de resultados perinatales adversos crecientes e interrelacionados. La obesidad intensa es inequívocamente riesgosa para la mujer embarazada y el producto de la gestación, produciendo una alta morbilidad materna, la cual se ve sumamente relacionada con la hipertensión gestacional y la diabetes, además de presentar un 47.4% de probabilidades de terminar el embarazo por medio de cesárea, como en el presente caso⁷. Por lo anterior, se indicó el ingreso de V1 con la finalidad de solicitar un perfil toxémico⁸ y la administración de un antihipertensivo.

⁷ Otra morbilidad relacionada con la obesidad materna es la frecuencia más elevada de prueba de trabajo de parto fallida. En ese sentido, la bibliografía médica refiere que es un padecimiento que complica el embarazo mayor de 20 semanas, o al puerperio y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos, alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central.

⁸ Conjunto de análisis de laboratorio para descartar enfermedades propias del embarazo.

27. El 23 de marzo a las 18:00 horas, V1 fue valorada por SP2, quien en una nota médica indicó que se estaba en espera de resultados del perfil toxémico, el cual es necesario para clasificar el estado hipertensivo de la paciente (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia o HELLP), ya que V1 tuvo cefalea, siendo un dato de importancia para descartar las patologías producidas por la hipertensión. A las 21:50 horas, del mismo día, V1 fue valorada por AR1, quien solicitó un Examen General de Orina y recolección de 24 horas para cuantificación de proteínas, los cuales se encuentran indicados para confirmar o descartar una posible preeclampsia o alguna alteración renal, de conformidad con la Guía de Práctica Clínica *“Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención”*.

28. El 24 de marzo de 2016, a las 09:53 horas, AR2 indicó la colocación de sonda Foley para iniciar recolección de orina y cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, sin embargo el mismo doctor el 25 de marzo, en la nota de alta del servicio asentó: *“...signos vitales: Tensión arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 80 x’, Frecuencia Respiratoria 20 x’, Temperatura 36°C... Embarazo de 36.6 SDG + EHIE...Diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados: USG normal, PSS normal, **laboratorios dentro de parámetros normales**... Estable y se da de alta por mejoría... embarazo de alto riesgo con labs...”*.

29. Lo anterior evidenció que durante la estancia intrahospitalaria de V1 del 23 al 25 de marzo de 2016, AR1 y AR2, en ningún momento recabaron o estuvieron al pendiente del **cumplimiento** de la solicitud sobre el EGO (examen general de orina) y recolección de orina de 24 horas, como se advierte de la citada nota de alta al establecerse: *“...laboratorios dentro de parámetros normales...”*. Lo anterior en opinión de un médico de esta Comisión Nacional, resulta incongruente toda vez que no se obtuvieron los resultados de los mencionados estudios con la finalidad de confirmar o descartar preeclampsia; dicha omisión repercutió en la falta de

clasificación del estado hipertensivo, lo que produce la evolución de alguna de sus complicaciones que desencadena alteraciones al binomio materno-fetal, ya que se trataba de un embarazo de alto riesgo por la obesidad mórbida y probable preeclampsia. Al final de la estancia intrahospitalaria V1 fue dada de alta.

30. Posteriormente, el 31 de marzo de 2016, V1 acudió nuevamente al Hospital General, siendo valorada por AR3, quien estableció: “...TA 130/85, FC 83, FR 21, Temp. 36, peso 127.500... FU a 33 cm... FCF de 122 x', rítmico y de buena intensidad, sin actividad uterina en 10 min... tacto vaginal cérvix posterior formado y cerrado (está sobrepuesto), pelvis ginecoide, polo cefálico en 1er plano de Hodge, **Müller hillis positivo**... Rastreo USG feto único intrauterino, longitudinal, cefálico con FCF de 152 x', rítmico de buena intensidad, Fetometría promedio 37.4 SDG ILA apreciativamente normal... Diagnóstico: Primigesta con embarazo de 37.1 SDG por FUM/ sin TDP (esta sobre puesto fase latente)... Plan: se ingresa para clasificar estado hipertensivo y normar conducta...”.

31. Dicha nota constata que AR3 mencionó una maniobra “Müller Hillis positivo”, la cual consiste en que durante una contracción de gran intensidad se oprime el abdomen para provocar el descenso del producto a un centímetro. De acuerdo a un médico de esta Comisión Nacional, este mecanismo es realizado sólo cuando una paciente se encuentra en trabajo de parto, lo cual no tiene coherencia con la nota mencionada, donde se observó que el médico tratante estableció: “sin trabajo de parto”; lo anterior, se traduce en una inadecuada valoración de V1, toda vez que debió: **a)** realizar un ultrasonido de forma completa (perfil biofísico del producto), **b)** registrar en el partograma el número de contracciones uterinas, duración e intensidad de las mismas, **c)** tacto vaginal para determinar el porcentaje de borramiento y centímetros de dilatación, con la finalidad de establecer la fase del trabajo de parto para llevar una adecuada vigilancia del mismo y con ello indicar la terminación del embarazo de forma oportuna.

32. Ese mismo día, a las 21:30 horas, V1 fue atendida por AR4, quien reportó: *“...**Trabajo de parto en fase de aceleración latente**... fondo uterino: 31 a 32 cm, ocupado **por producto único vivo**... con **frecuencia cardíaca fetal 142 x´**, con actividad uterina al momento de la revisión... TV cérvix central, dehiscente en todo su trayecto, palpación de calota firme, Tarnier y Valsalva negativos, palpación de amnios íntegro... inicia con pródromos a fase latente de trabajo de parto, de quien se detecta únicamente una toma de cifras de TA con diastólica en 90 con la enfermera perinatal... actualmente con ausencia de alteraciones en sus laboratorios, pero si mencionando proteínas discretas en orina... asimismo se le inicia **inductoconducción de trabajo de parto por contar con mejor pronóstico** por esta vía de resolución sin continuar con mucho tiempo embarazada por los riesgos de progresión de su presentación clínica como **preeclampsia leve** actualmente por clínica y laboratorios...”*.

33. Del análisis de la nota médica, se constató que AR4 estableció que V1 se encontraba en Trabajo de Parto en Fase Latente; al respecto de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, la bibliografía médica la describe como el periodo en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 centímetros y que en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas (como este caso) y en pacientes multíparas 12 horas. AR4 omitió registrar el número de contracciones uterinas, su intensidad y duración, centímetros de dilatación y porcentaje de borramiento con la finalidad de llevar una adecuada vigilancia del trabajo de parto y poder determinar si realmente V1 se encontraba en la mencionada fase, con el objetivo de determinar el momento del inicio del segundo periodo del mismo y atender la resolución de la gestación de manera oportuna.

34. Asimismo, fue establecida una frecuencia cardiaca de 142 latidos por minuto, es decir, un producto viable, por lo que era de vital importancia una buena vigilancia del binomio materno-fetal. De igual forma, de los laboratorios recabados, el EGO reveló la presencia de Proteinuria de 10 mg, diagnosticando preeclampsia leve, la cual para este caso en particular, es una condición de importancia pero no de urgencia, ya que es posible dejar evolucionar la gestación siempre y cuando exista el cuidado adecuado y estrecho de la paciente, toda vez que la obesidad se asocia con mayor riesgo de preeclampsia. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica “Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención”, la vigilancia fetal en la mujer embarazada con preeclampsia leve se realizará por medio de los estudios de prueba sin estrés (PSS), ultrasonido obstétrico y perfil biofísico fetal para conocer el estado fetal y así disminuir el pronóstico adverso.

35. De lo anteriormente mencionado, AR4 no solicitó un perfil biofísico y ultrasonido, además de la ausencia de parámetros para determinar de manera completa la fase latente del trabajo de parto. Por otra parte dicho servidor público indicó “*inductoconducción*” del trabajo de parto, cuestión que por el antecedente de obesidad mórbida de V1, la resolución por la vía vaginal no representaba posibilidades de éxito, ya que la morbilidad relacionada con la obesidad materna en mayor frecuencia es la prueba de trabajo de parto fallida. De igual forma, de acuerdo con la opinión técnica de un médico de este Organismo Nacional, al indicar la inducción del parto a V1, el estado del cuello del útero se puede determinar mediante la escala de Bishop. Al respecto, para una puntuación pélvica, un cuello uterino desfavorable generalmente cuenta con una puntuación en la escala menor o igual que 6, por lo que, si la puntuación total es superior a 8, la probabilidad de parto vaginal después de la inducción del parto es similar a la del trabajo de parto espontáneo; esto confirma que este parámetro tampoco fue tomado en cuenta por AR4, para llevar un adecuado seguimiento de V1,

cuestiones que fueron factores que desencadenaron la pérdida del producto de la gestación.

36. Así, el 1° de abril de 2016, a las 09:10 horas, V1 fue valorada por AR2, quien refirió: *“...percibe movimientos fetales dolor leve y esporádico hipogástrico con aumento del tono uterino... FCF 140 x’, al tacto vaginal cérvix dehiscente en todo su trayecto, pelvis ginecoide... continúa inductoconducción del trabajo de parto...”*. De lo anterior se desprende que el citado doctor omitió: i) indicar un ultrasonido y perfil biofísico, ii) establecer el porcentaje de borramiento, iii) los centímetros de dilatación, iv) el número de contracciones uterinas, v) la duración e intensidad y vi) el puntaje en la escala de Bishop, siendo que V1 cursaba aproximadamente con 11 horas en trabajo de parto en fase latente, por lo que, al no llevar una adecuada valoración, que el personal médico no tomó la decisión oportuna para la resolución del trabajo de parto. En este sentido la Guía de Práctica Clínica “Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención”, establece que en las pacientes con gestación de 37 semanas o mayor con preeclampsia leve, se recomienda la hospitalización para la valoración materna y fetal y la interrupción del embarazo, cuestiones que no fueron ponderadas en la atención a V1.

37. Posterior a ello, a las 15:10 horas del mismo 1° de abril de 2016, V1 fue atendida por AR3, quien asentó: *“...**cursando 21 horas de estancia en el servicio**... motilidad fetal presente... con FCF 132 por min rítmico y de buena intensidad, se palpa 1 contracciones de buena intensidad en 10 min... al tacto vaginal cérvix posterior largo, puntiforme... Müller Hillis positivo... IDX: Primigesta con embarazo de 37.2 SDG por FUM **sin TDP [trabajo de parto]**... Hipertensión inducida por el embarazo a clasificar, Obesidad Mórbida... se encuentra con **BISHOP desfavorable** para conducción ya con doble esquema normotensor por lo que se indica aporte calórico y posterior iniciar inducción con análogos de*

PG...”. De acuerdo con la opinión realizada por un médico de este Organismo Nacional, del contenido de dicha nota, se constató que hasta ese momento habían transcurrido 21 horas de estancia en el servicio médico, lo cual permite advertir que V1 cursaba con una fase latente fuera del parámetro de 18 horas de duración, toda vez que inició dicha fase el 31 marzo a las 17:40 horas y para ese momento se denotaba una falta de progreso en el trabajo de parto (indicación de cesárea).

38. Asimismo, esta Comisión Nacional observó que AR3 reportó a V1 sin trabajo de parto, lo que resulta contradictorio con lo señalado por AR4, quien en su valoración de las 21:30 horas refirió una fase latente, por lo tanto, lo establecido por AR3 es indicativo de una inadecuada valoración y diagnóstico de V1. En el mismo sentido, AR3 reportó un Bishop desfavorable, lo que indica que las probabilidades de tener un parto vaginal se encontraban disminuidas; con lo antes mencionado, aunado al antecedente de obesidad, preeclampsia leve, falta de progreso en el trabajo de parto y embarazo de término, AR3 debió considerar la terminación del embarazo vía cesárea con la finalidad de salvaguardar la vida del producto ya que se encontraba viable, sin embargo, inadecuadamente solicitó inducción con análogos de *Prostaglandinas*⁹, produciendo con ello las complicaciones propias de un parto prolongado, a saber: i) asfixia perinatal, ii) expulsión de meconio secundario y iii) sufrimiento fetal, factor que tuvo como consecuencia la pérdida del producto de la gestación.

39. El mismo día (1° de abril) a las 22:30 horas, V1 fue valorada por AR5, quien reportó¹⁰ un borramiento de 50% con dilatación de 1 centímetro, es decir, la

⁹ Hormona para acelerar el trabajo de parto.

¹⁰ En dicha nota se asentó lo siguiente: “...con PUV con FCF 140 x min, tacto vaginal cérvix posterior con 50% de borramiento 1 cm de dilatación pelvis útil... sin trabajo de parto y sin indicación para IC de TDP... en este momento sin urgencia obstétrica... vigilancia del trabajo de parto, mañana perfil preeclámpico completo...”.

paciente se encontraba en fase latente de aproximadamente 27 horas de evolución; asimismo estableció que no se encontraba indicado la *inductoconducción* del trabajo de parto. Tal cuestión constituyó una contraindicación de lo solicitado en la valoración previa, denotando una inadecuada valoración a V1. Cabe precisar que si bien es cierto V1 no se encontraba en urgencia obstétrica, también lo es que por tratarse de un embarazo en fase latente fuera de rangos normales, obesidad mórbida, preeclampsia leve, gestación de término y falta de progreso del trabajo de parto, AR5 también debió indicar la práctica de cesárea con la finalidad de salvaguardar la vida del producto de la gestación y con ello evitar las complicaciones antes descritas. Como se ha enfatizado, la falta de valoración y adecuado diagnóstico obstétrico y resolución del mismo por parte del personal médico, desencadenó la pérdida del producto.

40. El 4 de abril de 2016, V1 acudió de nueva cuenta al Hospital General, donde fue atendida por AR6, quien refirió en una nota médica¹¹ que V1 tenía un centímetro de dilatación con 50% de borramiento, es decir que la paciente presentó los mismos parámetros que en la valoración pasada del 1 de abril establecidos por AR5. Tal cuestión, en opinión de un médico de este Organismo Nacional, indica que la fase latente del trabajo de parto se encontraba totalmente fuera de rangos normales, lo que se traduce en una detención del trabajo de parto, por lo que de forma inadecuada, AR6 dio de alta a V1 con revaloración en 48 horas, produciendo con ello complicaciones graves al producto, como asfixia perinatal o expulsión de meconio secundario a sufrimiento fetal. Al respecto, AR6 debió indicar el ingreso hospitalario para solicitar un ultrasonido obstétrico y

¹¹ “...TA 130/77, FC 90, FR 20, Temp. 36, Peso 127 kg... 137/77... abdomen globoso por útero gestante FCF: 150 x’, tono uterino normal tacto vaginal cérvix central 1 cm de dilatación 50% borramiento, amnios íntegro presentación abocada... fase latente de trabajo de parto sin urgencia obstétrica en este momento se explican datos de alarma con cita abierta a urgencias y revaloración en 48 horas antes de ser necesario, Plan: revaloración en 48 horas...”

verificar el estado biofísico del producto de la gestación, además de requerir en ese momento la práctica de una cesárea, con la finalidad de salvaguardar la vida del producto de la gestación, ya que V1 presentaba obesidad mórbida, embarazo de término, preeclampsia leve, fase latente de larga evolución (aproximadamente por más de dos días) e inductoconducción fallida traducida en detención del trabajo de parto. Dicha dilación en la resolución de la gestación vía cesárea fue un factor de importancia que contribuyó a la pérdida del producto de la gestación.

41. Posteriormente, el 6 de abril de 2016, V1 nuevamente acudió al Hospital General. Al ser valorada por SP3, ésta indicó el ingreso de V1 para el parto y realizó un partograma en el que se reportó a las 09:30 horas 1 centímetro de dilatación con una frecuencia cardíaca fetal de 136 lpm, sin embargo no se estableció el número de contracciones, duración e intensidad en 10 minutos, es decir, V1 continuaba en Trabajo de Parto en Fase Latente, por lo tanto, a las 10:25 horas, fue valorada por AR6, quien mencionó: *“...ruptura de membranas 06.04.16 8:40 hrs...útero grávido con PUVI en su interior con FCF de 138 x’, al tacto vaginal cérvix con 1 cm de dilatación, 50% borramiento, situación longitudinal, presentación cefálica, encajado, pelvis ginecoide, tarnier y valsalva + líquido claro, abundante... se inicia conducción del trabajo de parto, continua en vigilancia estrecha de FCF y AU...”*.

42. La citada nota médica, da cuenta que AR6 indicó conducción del trabajo de parto con la aplicación de 20 unidades de Oxitocina. En ese sentido, dicha doctora no valoró las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop, el cual en ningún momento de las atenciones médicas anteriores fue tomada en cuenta, además no solicitó un ultrasonido obstétrico para verificar el estado biofísico del producto. Asimismo, de acuerdo con la opinión de un médico de esta Comisión Nacional, la conducción con Oxitocina en este caso en particular, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y

manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, no se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo; *“deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto en los casos que exista dificultad auscultar el foco fetal y cuando este indicado el uso de oxitocina. Se sigue monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes condiciones: trabajo de parto prolongado, conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina) y dificultad de auscultación de foco fetal”*.

43. Habida cuenta de lo anterior, AR6 al indicar la conducción del trabajo de parto debió valorar las probabilidades de éxito a través de la escala de Bishop y solicitar el monitoreo electrónico de la Frecuencia Cardíaca Fetal, cuestiones que no fueron solicitadas, lo que generó una inadecuada vigilancia del producto de la gestación, y provocó que en algún momento durante la estancia intrahospitalaria, el producto presentara alguna alteración como bradicardia o taquicardia fetal y que requiriera su atención inmediata por medio de cesárea urgente, al tratarse de un embarazo de alto riesgo.

44. A las 13:10 del mismo 6 de abril, AR6 refirió: *“...actividad uterina regular, con salida de líquido transvaginal... (sic) útero gestante no se encuentra frecuencia cardíaca fetal a las 13:00 horas con Doppler se baja urgente a Rx para corroborar, al tacto vaginal cérvix central **1 cm dilatación 60% borramiento**... USG obstétrico urgente...”*. Sobre ello, es relevante resaltar que fue establecido que V1 presentó un centímetro de dilatación con 60% de borramiento, los cuales son parámetros que V1 presentó desde el 31 de marzo de 2016, es decir, el trabajo de parto denotaba una detención total.

45. Por otro lado, del análisis del Partograma del 6 de abril, se observa que desde las 09:30 horas sólo se registró 1 centímetro de dilatación, sin embargo no se

establecieron el número de contracciones en 10 minutos, así como su duración e intensidad y fondo uterino. Aunado a ello, a las 13:30 horas se asentó una anotación de Frecuencia Cardíaca Fetal de 130 lpm, dato que a juicio del médico de esta Comisión Nacional, resulta incongruente toda vez que AR6 estableció que a las 13:00 horas no se encontró tal parámetro, lo que refleja de forma reiterada la falta de vigilancia del binomio materno-fetal, por parte del personal médico.

46. En esta línea, la omisión de solicitar el monitoreo electrónico de la FCF (frecuencia cardíaca fetal) durante la conducción del trabajo de parto, produjo que el personal médico no se percatara de alguna complicación fetal, aunado a la inadecuada vigilancia y seguimiento del trabajo de parto desde el 31 de marzo de 2016, y la especial condición que V1 presentaba por sus antecedentes, produjeron la pérdida del producto de la gestación.

47. A las 13:50 horas, del mismo 6 de abril de 2016, AR6 estableció: *“...útero gestante con producto único movimiento fetales ausentes, FCF no valorable a los múltiples cortes...”*, es decir, diagnosticó un óbito (producto de la gestación no viable), por lo tanto, a las 18:10 horas del mismo día se ingresó a V1 para practicarle una cesárea, de la cual AR3, en el record quirúrgico asentó: *“...se extrae feto con maniobra de shwartz, se pinza y corta cordón umbilical, se pasa al pediatra de sala, extracción de placenta... RN único óbito quien nació a las 18:49 hrs, de sexo femenino con peso de 2640 gr, capurro 37.6 SDG, talla 49 cm, líquido amniótico con tinte meconial... cavidad uterina hipertérmica por lo que no se coloca DIU...”*.

48. Con relación a lo anterior, se determinó un producto de término con un peso adecuado para la edad gestacional. Al respecto, es de importancia mencionar que fue encontrado un líquido amniótico con tinte meconial, es decir, el producto de la gestación presentó sufrimiento fetal agudo que se manifestó con la expulsión de

meconio. Lo anterior, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional fue producido por: **a)** la inadecuada valoración del binomio al prolongarse la fase latente, **b)** no solicitarse un ultrasonido obstétrico para verificar el estado biofísico del producto, **c)** no tomar en cuenta los antecedentes de V1, ya que desde el momento en que se detectó detención del trabajo de parto, se debió solicitar la práctica de cesárea, **d)** la omisión de un registro cardiotocográfico, el cual no fue indicado el 6 de abril al momento de la conducción y el inadecuado llenado del Partograma, originando un descuido en la vigilancia del binomio, el cual provocó que el personal médico del Hospital General no se percatara de alguna complicación fetal. En el Certificado de Muerte Fetal se estableció: *“...Interrupción circulación materno fetal...”*.

49. Por todas las razones anteriormente expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones conectados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal.

50. Este Organismo Nacional ha referido reiteradamente en sus Recomendaciones, la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en 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*, (actualmente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”*) 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.

51. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital General, involucrado en el caso de V1, tenía 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”.*

52. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal 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 y la protección de la expectativa de la vida humana. 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.

53. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal, 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 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,* mandata, entre otros, brindar una atención oportuna,

con calidad y con calidez¹², así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

54. La vulneración ocasionada al derecho a la protección de la salud de V1, por parte del personal del Hospital General, constituyó una afectación directa a la protección del producto de la gestación, por lo que, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten concluir que las irregularidades en la atención médica otorgada a V1 por parte del personal adscrito al Hospital General, derivaron en la pérdida del producto de la gestación.

55. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, 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, 10.1 y 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”), en relación con el artículo 4.1 de la convención Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y por contravenir lo previsto en 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 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, el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM

¹² Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las 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, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 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, 33/2016, 38/2016, 40/2016, 47/2016, 50/2016, y 54/2016, 57/2016, 58/2016 y 61/2016 emitidas por esta Comisión Nacional.

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.

2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

56. 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”*.

57. 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, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros¹³.

58. En el presente caso, la Comisión Nacional constató de las evidencias del expediente, que AR4 indicó *“inductoconducción”* del trabajo de parto, cuestión que de acuerdo con un médico de este Organismo Nacional, habida cuenta del antecedente de obesidad mórbida de V1, la resolución por la vía vaginal **no**

¹³ CNDH. Recomendación 38/2016. 19 de agosto de 2016, párr. 82.

representaba posibilidades de éxito, toda vez que la morbilidad relacionada con la obesidad materna, en mayor frecuencia es la prueba de trabajo de parto fallida.

59. Aunado a lo anterior, AR6 indicó conducción del trabajo de parto con la aplicación de 20 unidades de oxitocina, cuestión que en opinión de un médico de esta Comisión Nacional, la conducción con Oxitocina en este caso, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, **no se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo.**

60. Por todo ello, la Comisión Nacional considera que dichos actos constituyeron **abuso de medicalización**, por parte del personal médico al no prever los efectos que esto podría acarrear al binomio materno-fetal, factores que indudablemente influyeron en la salud materna de V1 y posteriormente en la pérdida del producto de la gestación.

61. Este Organismo Constitucional recuerda que 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, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones, de una problemática estructural del campo médico, hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas. 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 autoritarias en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

62. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a

las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

63. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR4 y AR6 son responsables 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. Inadecuada integración del expediente clínico.

64. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé 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 describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”, [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables[...]*¹⁴.

¹⁴ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

65. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*¹⁵.

66. La debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.

67. La Comisión Nacional constató que AR6, no estableció el estado de salud, ni el pronóstico de V1, en relación con la detección del óbito y la ausencia de signos vitales, contraviniendo la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, que sobre las notas de evolución contempla lo siguiente: *“Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de esta norma”*.

68. Dicha omisión también fue investigada por la Subcomisión Mixta Disciplinaria del IMSS, instancia que encontró *“inconsistencias en el llenado de las notas médicas de la derechohabiente [V1]”*, aplicando como sanción *“dos notas de demérito”* a AR6.

¹⁵ Corte IDH. Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

4. Responsabilidad.

69. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 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, y a una vida libre de violencia de V1; 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 el artículo 8, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

5. Reparación integral del daño.

70. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 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, en términos de los artículos 1º, 4º y 27, fracciones II, IV y V de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a V1, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente recomendación.

71. Asimismo, de conformidad al artículo 4° de la Ley General de Víctimas en el presente caso, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1. Al respecto, este Organismo Nacional observó que V2 brindó acompañamiento a V1 durante el desarrollo del trabajo de parto; además, es de destacarse que el vínculo familiar existente en su calidad de cónyuge de V1 y progenitor del producto de la gestación, propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

72. Se deberá proporcionar a V1 y V2, la atención psicológica que requieran 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.

73. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, 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.

74. 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 en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

75. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República.

c) Garantías de no repetición.

76. 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 diseñen e impartan en el Hospital General, un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de la violencia obstétrica, así como en la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* y la NOM-004-SSA3-2012 *del expediente clínico*. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

77. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, y a una vida libre de violencia, que tuvieron como consecuencia la pérdida del producto de la gestación de V1, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2.

78. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 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.

79. Asimismo, 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).

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 para reparar el daño a V1 y V2, conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o compensación, atención médica y psicológica con motivo de la responsabilidad en que incurrió el Hospital General, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica, con oportunidad, calidad y calidez, para V1 y V2 en algún centro de atención médica perteneciente a ese Instituto, y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el Hospital General, un curso de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de la violencia obstétrica, así como en la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* y la NOM-004-SSA3-2012 *del expediente clínico*. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. 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 al personal médico, 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 las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas

SEXTA. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEPTIMA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V1 y V2, en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

OCTAVA. 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, las normas oficiales mexicanas correspondientes y lo establecido en la Recomendación General 29 “*sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*” emitida por esta Comisión Nacional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

80. 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.

81. 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.

82. 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.

83. 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