



RECOMENDACIÓN NO. 6 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, ASÍ COMO VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO.

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/4/2016/4881/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 27 de mayo de 2016, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango remitió, por razón de competencia a esta Comisión Nacional, el escrito de queja presentado por V1, por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidos en su contra, por parte de servidores públicos del Hospital General de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social (en lo sucesivo “Hospital General”), en Gómez Palacio, Durango.

4. En su queja, V1 mujer de 24 años que cursaba un embarazo de 38 semanas, narró que el 9 de febrero de 2016, aproximadamente a las 22:00 horas, encontrándose en su casa, se despertó por un “sonido extraño” e inmediatamente empezó a salirle líquido de “la fuente”, por lo que se trasladó junto con V2 al Hospital General, en donde fue atendida por AR1, quien le realizó varios tactos vaginales, un ultrasonido y ordenó a una enfermera preparar la intervención.

5. V1 explicó que AR1 al realizarle unas preguntas, le inquirió algunas expresiones como: “*que no se supone es su primer hijo, como sabe lo que le voy a aplicar*”, “*si ya viene muy sabionda, entonces alíviese sola*”, “*se va a hacer lo que yo diga, ella [V1] va para parto normal*”; asimismo, manifestó que al sentir dolores intensos, personal de enfermería del Hospital General, le expreso: “*yo sé que duele, no te estés quejando*”.

6. Posteriormente, a las 3:00 horas del 10 de febrero de 2016, AR1 realizó un tacto a V1 y le indicó que tenía “*6 de dilatación*”; minutos después V1 inició con

dolores, por lo que AR1 le dijo: “[V1], *no pujes, que después el bebé va a salir con un chipote, todavía no es momento de pujar, hasta que yo te diga cuando*”.

7. A las 7:20 horas de ese día, un médico interno le informó a V1: “*ya nos vamos a la sala de expulsión vas a hacer todo lo que diga, vas a cooperar para que tu bebé nazca (sic)*”. Una vez en la sala de expulsión, un interno le expresó que “*ya falta poco, ayuda a tu bebé, ya está casi afuera, puja hacia abajo con el abdomen, no con la garganta*”, instantes después, AR2 le pidió que: “*pujara hacia abajo*”. Posteriormente, AR2 decidió realizar una episiotomía a V1, y el médico interno metió las manos para empezar a sacar la cabeza del bebé, mientras que AR2 apretó el abdomen de V1, y finalmente el producto de la gestación salió después de dos intentos.

8. V1 agregó que el interno le informó que el producto de la gestación había aspirado meconio, por lo que inmediatamente lo llevaron para reanimarlo, sin embargo, a V1 le informaron: “*hicimos todo lo posible, pero tu bebé no respondió, tu bebé falleció*”.

9. Derivado de ello, V1 expresó a esta Comisión Nacional, que lo sucedido fue “*demasiado traumático*”, y que conllevó un “*daño moral: como profesional, mujer y madre*”.

10. Con motivo de los hechos, el 28 de junio de 2016, esta Comisión Nacional, inició la integración del expediente de queja **CNDH/4/2016/4881/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.

11. Escrito de queja de 27 de mayo de 2016, presentado por V1 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, el cual fue remitido a esta Comisión Nacional, por razones de competencia.

12. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1709 de 27 de julio de 2016, por el que servidores públicos del IMSS rindieron el informe solicitado por este Organismo Nacional.

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

13.1 Hoja de Vigilancia Prenatal y Riesgo Obstétrico, de 7 de diciembre de 2015.

13.2 Nota médica del 13 de diciembre de 2015, de las 08:30 horas, firmada con nombre ilegible.

13.3 Hoja de vigilancia y atención del Parto del 21 de diciembre de 2015, firmada con nombre ilegible.

13.4 Hoja de Vigilancia y Atención del Parto del 9 de febrero de 2016, de las 23:00 horas.

13.5 Nota de Postparto, del 10 de febrero de 2016, de las 09:30 horas, suscrita por AR2.

13.6 Hoja de Terminación del Embarazo de 10 de febrero 2016, suscrita por AR2.

13.7 Certificado de Muerte Fetal con número de folio 160025114, del 10 de febrero de 2016, suscrito por SP1.

13.8 Certificado de Muerte Fetal con número de folio 160025119, del 11 de febrero de 2016, suscrito por SP2.

14. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 18 de noviembre de 2016, por un médico de este Organismo Nacional.

15. Acta Circunstanciada, de 2 de enero de 2017, en la que se hizo constar la llamada telefónica entre personal de esta Comisión Nacional y el IMSS, de la cual se informó que no existe procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control por lo sucedido a V1.

16. Oficio 009935/16 DGPCDHQI de 4 de enero de 2017 y Acta Circunstanciada de 22 de febrero de 2017, mediante los cuales la Procuraduría General de la República (PGR), informó a este Organismo Nacional el estado procesal que guarda la CI, iniciada por los hechos sucedidos a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 2 de enero de 2017, el Órgano Interno de Control del IMSS informó a este Organismo Nacional que con motivo del presente caso, no se inició expediente administrativo de responsabilidad.

18. Derivado de los hechos, el 10 de febrero de 2016 V1 presentó una denuncia ante la PGR. Este Organismo Nacional, solicitó información a dicha representación social, sobre el estado que guarda la CI, al respecto se informó que se encontraba en reserva temporal condicionada desde el 31 de mayo de 2016, ya que con fecha 24 de febrero de ese año se solicitó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que emitiera un dictamen médico en colaboración. El 22 de febrero de 2017, personal de la PGR informó que la CI continuaba en reserva y en espera del dictamen médico de CONAMED, dependencia a la que se envió un recordatorio el 16 de octubre de 2016.

IV. OBSERVACIONES.

19. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/4881/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1, 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. Derecho a la información en materia de salud.

1. Derecho a la protección de la salud.

20. 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.

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*

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, Registro 167530.

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 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*

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, página 7; Recomendación 38/2016, párr. 21; y Recomendación 46/2016, párr. 38.

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.

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

27. 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*

⁵ *Ibidem*, párr. 27.

⁶ 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

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”.

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

28. El 13 de diciembre de 2015 durante su atención prenatal, V1 fue reportada con un producto *Macrosómico*⁷, es decir, que el producto de la gestación reportó un peso mayor o igual a 4000 gramos. Asimismo, le fue prescrito como tratamiento *Nifedipina*⁸, esto por la presencia de amenaza de parto pretérmino⁹. El 21 de diciembre de 2015, V1 acudió al Hospital General por presentar dolor tipo obstétrico, y se le diagnosticó de nueva cuenta amenaza de parto pretérmino.

29. El 9 de febrero de 2016, V1 acudió de nueva cuenta al Hospital General. Durante su atención le fue realizado un partograma, el cual arrojó el siguiente resultado: “...40 semanas de gestación, ruptura de membranas, **Índice de Líquido Amniótico disminuido, dilatación de 4 centímetros, Trabajo de Parto en Fase Activa...vigilar FCF y au, solución Glucosada 5% 1000cc + 5 UI oxitocina, tricotomía y enema...**”, los datos antes referidos, confirmaron que V1 se encontraba en Trabajo de Parto en Fase Activa.

⁷ Derivado de la siguiente nota médica: “...si percibe movimientos fetales... tono uterino normal... FCF 148x’... Pb. Macrosómico... Plan: Alta, Nifedipina 10 mg vo/ c/8 horas, Hierro dextran, Ampicilina, Dexametasona...”;

⁸ Medicamento antihipertensivo.

⁹ La Guía de Práctica Clínica (Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino) lo define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gramos y que respira o manifiesta signos de vida.

30. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, define a la fase activa, como las contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 centímetros, en pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas; en cuanto a la atención durante esta fase la misma Guía expone que cuando la paciente se ingresa durante la primer etapa del trabajo de parto, el obstetra o personal de salud calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente médico lo siguiente: i) diagnóstico, ii) plan de manejo, iii) consentimiento de hospitalización y iv) partograma con vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical y pérdidas de líquido vaginal.

31. De igual forma, 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*, vigente en la época de los hechos, en su numeral 5.4.1.1 menciona que se debe realizar la historia clínica; además en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2, refiere que el control del trabajo de parto normal debe incluir: **1)** La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos y la verificación y **2)** el registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.

32. De acuerdo con la opinión de un médico de este Organismo Nacional, del análisis del Partograma y del expediente clínico de V1 se observó que AR1 no estableció los parámetros antes mencionados, limitándose a reportar la evolución de los cambios cervicales y frecuencia cardiaca fetal con un intervalo de una a dos horas sólo del día 9 de febrero de 2016, además, AR1 no indicó la práctica de un

estudio biofísico del producto por medio de un ultrasonido a pesar de reportar disminución de líquido amniótico, lo que desencadenó desde un principio una inadecuada valoración y vigilancia del trabajo de parto, trayendo como consecuencia el desconocimiento sobre la presencia de algún dato de alarma para así interrumpir el embarazo de manera urgente ya que se trataba de un embarazo de término, con trabajo de parto en fase activa y un producto Macrosómico, siendo este último asociado por la bibliografía médica, a una mayor probabilidad de mortalidad infantil y materna, influyendo notablemente la cesárea con una relación 2:1 de los partos eutócicos¹⁰.

33. Esta Comisión Nacional enfatiza que del análisis realizado al expediente clínico de V1, no se encontró alguna nota médica o de evolución del 9 de febrero de 2016 (día en que ingresó al Hospital General), es decir, se desconoce el estado clínico, síntomas, signos, exploración física completa y referencia sobre algún dato de alarma durante su estancia hasta el momento de la extracción del producto, lo que desencadenó que no se pudiera advertir la presencia de algún parámetro crítico que ameritara la interrupción de la gestación de carácter urgente.

34. Lo anterior, constituye una inadecuada atención del binomio materno-fetal. Aunado a ello, la nota de atención médica con mayor proximidad, corresponde al 10 de febrero de 2016 de las 09:30 horas, por tanto, se considera que V1 y el producto de la gestación **no fueron valorados aproximadamente por 10 horas**, siendo un factor de importancia para la posterior pérdida del producto de la gestación.

35. El 10 de febrero de 2016, V1 acudió de nueva cuenta al Hospital General, siendo atendida por AR2. Previo al análisis de la atención brindada ese día a V1,

¹⁰ Otras causas no menos frecuentes son la distocia de hombros, cefalohematoma, fractura de clavícula, hipoxia y alteraciones metabólicas; por lo tanto era de suma importancia una adecuada vigilancia del producto habida cuenta de tratarse de un producto macrosómico.

esta Comisión Nacional considera importante enfatizar que del informe que AR2 envió a este Organismo Constitucional, se desprende lo siguiente: “[...] el día 10 de febrero de 2016, llegué a las 7:30 A.M a la unidad dejando mi carro en doble sentido y esperando a que abrieran el estacionamiento de la unidad hasta las 8:10, durante ese tiempo de espera recibí un mensaje de parte de mi superior de servicio, indicándome que me presentara en área de Toco Cirugía donde comenzaría mis labores, me dirigí a la sala de recuperación de Toco cirugía para equiparme con mi uniforme quirúrgico. A la entrada al área de Toco me encuentro con mi superior de servicio quien me indica que existe una paciente en sala de expulsión desde hace veinte (20) min. Acto seguido me puse mis botas, gorro y cubre-bocas y siendo aproximadamente las 8:20 A.M, entro a la sala 1 de expulsión de la misma área y encuentro a la paciente [V1]... presentaba el diagnóstico de embarazo de 38 semanas; en posición de litototmia con campo estériles y directamente pregunté al interno en turno sobre el tiempo que tenía esta paciente en sala, mismo que me corrobora que son veinte (20) minutos... con variedad de posición en occipito anterior izquierdo... además de caput succedaneum... y llamó mi atención la altura del fondo uterino que me hacía sospechar de un feto macrosómico (BEBE GRANDE) (sic)”.

36. De lo anterior se desprende que AR2 ingresó a la sala de toco-cirugía hasta las 8:20 am, siendo que para ese momento, V1 ya tenía al menos 20 minutos en la sala de expulsión sin recibir la atención médica oportuna. Omisión que también es atribuible a AR3, encargada del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General, quien no implementó acciones eficaces para brindar la atención adecuada a V1.

37. Posteriormente, AR2, al brindar atención a V1 reportó: “...recibo paciente en sala de expulsión **con dilatación completa y feto en 3er plano de Hodge en occipito anterior izquierda y presencia de caput succedaneum**, se dirige

descenso del feto sin complicaciones, se infiltra periné con lidocaína y se realiza episiotomía medio lateral derecha... se aspira líquido meconial de boca y nariz, **se realiza rotación externa restituyendo posición**, se tracciona hacia abajo hasta liberar hombro anterior, posteriormente hacia arriba hasta liberar el hombro posterior. **Se extrae feto a las 8:20 hrs, sin tono muscular y ausencia de latido cardíaco**, se pasa a pediatría para reanimación avanzada. Alumbramiento dirigido obteniendo **placenta completa teñida en meconio**. Se revisa cavidad uterina encontrándola virtualmente limpia, se coloca DIU y se procede a realizar episiorrafia... Hallazgos: **Recién nacido muerto**, del sexo masculino, **peso 4000gr**, talla 52 cm, apgar 0, hora de nacimiento 8:28 hr, **líquido amniótico meconial ++++**, **cordón umbilical teñido en meconio, sin circulares ni nudos, placenta normal teñida en meconio**, sin datos de desprendimiento, recibió reanimación avanzada por 30 min sin respuesta... comentarios: sangrado aproximado 300 cc...”.

38. De acuerdo al médico de esta Comisión Nacional, la citada nota médica se centró en la atención del segundo periodo del trabajo de parto, el cual, la Guía de Práctica Clínica (Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo) lo define como el periodo que comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia, de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia; por tanto, es el periodo que inicia con dilatación completa, es decir, es el momento para la extracción del producto; sin embargo en este caso en particular, el personal de Ginecología y Obstetricia del Hospital General, omitió registrar los parámetros antes mencionados, así como realizar valoraciones periódicas con la finalidad de identificar algún dato de alarma como: cefalea, acúfenos, fosfenos, edema de miembros pélvicos, vómitos, hipomotilidad fetal, sangrado transvaginal, epigastralgia y en relación al feto: bradicardia, taquicardia o ausencia de movimientos fetales.

39. Por esta razón, el personal médico no se percató de algún dato de alarma para realizar la interrupción del embarazo vía cesárea de forma urgente, con la finalidad de salvaguardar la vida del producto de la gestación. En esa misma tesitura, derivado del análisis de las constancias del expediente clínico, en la hoja de enfermería del 10 de febrero de 2016 a las 07:00 horas, dicho personal (del cual no se puede establecer el nombre por encontrarse ilegible), estableció lo siguiente: “...*paciente con trabajo de parto efectivo... con abundante sangrado vaginal...*” asimismo a las 07:30 horas, reportaron: “...*dolor relacionado con contracciones uterinas...*”, por esta razón es evidente que V1 presentó datos de alarma que ameritaban **la interrupción del embarazo vía cesárea urgente**, de acuerdo con lo reportado por AR2: “...*se aspira líquido meconial de boca y nariz... placenta completa teñida en meconio... líquido amniótico meconial ++++, cordón umbilical teñido en meconio...*”.

40. Lo anterior, de acuerdo con el médico de este Organismo Nacional, es indicativo de que en algún momento durante la estancia de la paciente se presentó sufrimiento fetal agudo, del cual tanto AR1, como el personal de Ginecología y Obstetricia no se percataron, lo que derivó en la pérdida del producto de la gestación.

41. Con relación a la presencia de *meconio* en el producto de la gestación, la bibliografía médica refiere que la explicación patológica expone que los fetos expulsan meconio en respuesta a hipoxia, y por tanto, la presencia de ese material indica daño fetal; por otro lado la presencia de este líquido se puede traducir en la maduración del tubo digestivo del cual también podría contribuir a un proceso fisiológico; sin embargo, por los hallazgos establecidos por AR2, la presencia de meconio es de carácter patológico, toda vez que al encontrarse restos de

meconio¹¹ en la placenta, el cordón umbilical y el producto de la gestación, es indicativo que **la expulsión se produjo en cantidad abundante y por un tiempo prolongado.**

42. En este sentido, cabe precisar, que la fase aguda de la aspiración de meconio (primeros 15 minutos) se caracteriza por aumento en la resistencia vascular pulmonar (RVP) así como en la capacidad residual funcional, disminución de la distensibilidad, hipoxemia aguda¹², hipercabia¹³ y acidosis respiratoria¹⁴. La fase tardía (después de una hora) es el resultado inflamatorio del movimiento del meconio a las vías aéreas más distales (bronquiolos terminales y alveolos). Lo anterior, de acuerdo al médico de este Organismo Nacional, significa que en el presente caso, el producto de la gestación de V1 fue afectado por más de una hora, toda vez que se extrajo sin vida, lo que es traducido en que al transcurrir mayor tiempo de exposición a esta sustancia y la aspiración por parte del producto de la gestación, aumenta las complicaciones de esta patología, que en este caso en particular las más severas son: a) sepsis neonatal, b) daño neurológico, c) asfixia, d) crisis convulsivas, e) fuga aérea, f) hipertensión arterial pulmonar persistente, g) síndrome de dificultad respiratoria aguda, h) hemorragia pulmonar y displasia broncopulmonar.

43. En opinión de un médico de este Organismo Nacional, la causa de la pérdida del producto de la gestación, fue secundaria a algunas de las complicaciones antes mencionadas, toda vez que al extraerlo no presentó signos vitales o datos

¹¹ La fisiopatología del Síndrome de Aspiración de Meconio se divide en: Obstrucción de las vías aéreas por meconio (efecto de válvula), Inflamación de las vías aéreas y parénquima pulmonar, Disfunción del factor tensoactivo pulmonar y Neumonitis química.

¹² Ausencia del flujo de oxígeno.

¹³ Parámetro gasométrico para determinar inadecuada oxigenación.

¹⁴ Disminución en el PH de la sangre arterial.

de sobrevida. Lo anterior, es coincidente con lo asentado en el Certificado de Muerte Fetal en donde se estableció como causas de la muerte fetal lo siguiente: “*aspiración de meconio [...] sufrimiento fetal agudo...*”.

44. En relación con las maniobras de reanimación realizadas al producto de la gestación, cabe precisar, que del análisis del expediente clínico no se encontró alguna nota de atención al producto de la gestación, por lo que no se puede confirmar la aplicación de reanimación cardiopulmonar avanzada. Sin embargo, del informe rendido a este Organismo Nacional se advierte que al producto de la gestación le fueron realizadas: “*maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas; las cuales incluyeron masaje cardiaco e intubación oro-traqueal con respiración con bolsa ambu, además de colocar catéter umbilical (sic)*”. Dicho tratamiento, de acuerdo con el médico de este Organismo Nacional, **fue inadecuado** tratándose de un producto cubierto de meconio, con un tiempo de evolución indeterminado de Sufrimiento Fetal y no vigoroso, siendo lo más recomendable, realizar desde un inicio laringoscopia y aspirar la tráquea, y en caso de obtenerse meconio se puede intentar un segundo paso (ventilación mecánica); asimismo, se debe evitar la ventilación a presión positiva y si es posible, al lograr la succión traqueal se deben ventilar los pulmones.

45. Por todas las razones anteriormente expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones concatenados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal, lo que generó la pérdida del producto de la gestación.

46. 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 la 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.

47. 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*”.

48. 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 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.

49. 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 calidez¹⁵, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

50. 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 y con ello se vulneró a V1 el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos.

51. Por tanto, AR1, AR2, y AR3, 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), del 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

¹⁵ 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, 54/2016, 57/2016, 58/2016 y 61/2016 emitidas por esta Comisión Nacional.

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 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.

52. 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”*.

53. 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 otros¹⁶.

54. En el presente caso, V1 señaló a esta Comisión Nacional que durante su atención, AR1 al realizarle unas preguntas, le inquirió las expresiones siguientes: *“que no se supone es su primer hijo, como sabe lo que le voy a aplicar”, “si ya viene muy sabionda, entonces alíviase sola”, “se va a hacer lo que yo diga, ella [V1] va para parto normal, ya le dije”*; asimismo, agregó que al sentir dolores intensos, personal de enfermería del Hospital General, le expresó: *“yo sé que duele, no te estés quejando”*. En el mismo sentido, V1 manifestó que AR1 le dijo: *“[V1], no pujes, que después el bebé va a salir con un chipote, todavía no es momento de pujar, hasta que yo te diga cuando”*.

55. Al analizar dichos testimonios con perspectiva de género, y en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se dan por ciertos los hechos expresados en el escrito de queja, en virtud de que no fueron desvirtuados por la autoridad¹⁷. Asimismo, cabe precisar, que este Organismo Nacional ha reiterado que la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente así como el trato descortés y violento consistente en gritos, regaños e insultos, constituyen actos de violencia obstétrica¹⁸.

56. Derivado de los hechos de violencia obstétrica e inadecuada atención, V1 expresó a esta Comisión Nacional, que lo sucedido fue *“demasiado traumático”*, y conllevó un *“daño moral: como profesional, mujer y madre”*, a tal grado que tuvo la necesidad de acudir a terapias con profesionales en psicología.

¹⁶ CNDH. Recomendación 38/2016. 19 de agosto de 2016, párr. 82.

¹⁷ *“...La falta de rendición del informe o de la documentación que lo apoye, así como el retraso injustificado en su presentación, además de la responsabilidad respectiva, tendrá el efecto de que en relación con el trámite de la queja se tengan por ciertos los hechos materia de la misma, salvo prueba en contrario”*.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015 y 45/2015.

57. 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 producto 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 redundan en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

58. 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.

59. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

3. Derecho a la información en materia de salud.

- **Inadecuada integración del expediente clínico de V1.**

60. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “*comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”¹⁹.

61. Para este Organismo Nacional el derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, consiste en aquella libertad atribuible a los usuarios de servicios médicos para solicitar, recibir y conocer todos aquellos datos que obre en el mismo, como podrían ser sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico emitido, resultados e interpretación de exámenes y estudios practicados, tratamiento prescrito, opiniones y comunicaciones del personal de salud y acciones implementadas respecto de su atención médica.

62. Para la garantía de este derecho existe una obligación positiva a cargo del Estado, a fin de eliminar todas aquellas prácticas que impidan al paciente el acceso al contenido de su expediente clínico, e implementar las acciones tendentes a garantizar la libertad para recibir y conocer su información médica y con motivo de ello, propiciar que se esté en posibilidad de ejercer adecuadamente otros derechos como son el derecho a la protección de la salud, así como a decidir y consentir de manera informada su tratamiento médico²⁰.

¹⁹ Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV.

²⁰ CNDH. Recomendación 33/2016, párr. 104

63. Esta Comisión Nacional considera que el derecho a la información en materia de salud comprende al menos tres aspectos fundamentales, a saber: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: *accesibilidad*: que se encuentre disponible para el paciente; *confiabilidad*: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; *verificabilidad*: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; *veracidad*: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y *oportunidad*: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona²¹.

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[...]*²².

²¹ *Ibíd*em, párr. 105.

²² 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”*²³.

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 existieron omisiones en la integración del expediente clínico de V1, a saber: **a)** en el partograma realizado a V1 el 9 de febrero de 2016, se omitió reportar Actividad Uterina, Foco Fetal, Pérdidas de líquido vaginal, asimismo no se registró verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos y verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico; **b)** no se encontró alguna nota médica o de evolución del 9 de febrero de 2016, día en que ingresó la paciente, lo que implica que se desconociera el estado clínico, síntomas, signos, exploración física completa y referencia sobre algún dato de alarma durante su estancia hasta el momento de la extracción del producto, lo que desencadenó que se desconociera la presencia de algún parámetro crítico que ameritara la interrupción de la gestación de carácter urgente; y **c)** no consta alguna nota de atención al producto de la gestación, por lo que no se puede confirmar la aplicación de reanimación cardiopulmonar avanzada.

²³ Corte IDH. Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

68. En atención a lo anterior, este Organismo Nacional considera que las omisiones e irregularidades en la conformación del expediente clínico por parte del personal del Hospital General vulneraron el derecho a la información en materia de salud de V1.

4. Responsabilidad.

69. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia y acceso a la información en materia de salud 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, III, 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 con el artículo 4º 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 destaca 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 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 y AR3, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

75. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia penal contra AR1, AR2 y AR3 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, una vida libre de violencia y a la información en materia de salud, 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, 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, a 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, otro 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 un tercero sobre 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, 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 penal contra AR1, AR2 y AR3 que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, y remitan a este Organismo Protector de derechos humanos, las constancias que le sean solicitadas.

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