



RECOMENDACIÓN NO. 7 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 197 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL MUNICIPIO DE TEXCOCO, 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 y 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, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2016/4333/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 4° párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 18 de mayo de 2016 esta Comisión Nacional recibió la primera de tres llamadas telefónicas de Q, en la que relató el caso relacionado con la atención médica brindada a V1, consistente en los siguientes hechos: el 23 de noviembre de 2015 y 4 de febrero de 2016, V1, mujer de 28 años de edad, asistió a las citas de control prenatal correspondientes en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 83 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Vicente Chicoloapan, Estado de México, en las cuales, dados sus antecedentes ginecológicos y obstétricos (múltiples cuadros de amenaza de parto pretérmino durante el embarazo), así como la sospecha de una restricción en el crecimiento del feto, se clasificó su embarazo con riesgo obstétrico alto. Por lo anterior, fue referida al Hospital General de Zona 197 del IMSS en Texcoco, Estado de México (Hospital General), para valoración del retardo de crecimiento fetal por el Servicio de Ginecología.

4. El 11 de mayo de 2016, V1 acudió al Hospital General para una revisión médica, ya que estaba perdiendo líquido amniótico, siendo atendida por la doctora en turno, quien le recetó unas pastillas y le indicó regresar a su casa.

5. El 14 del mismo mes y año, V1 sintió contracciones y fue nuevamente al Hospital General, ocasión en la que la doctora que la revisó, le manifestó que no había dilatado lo suficiente, sin hacer referencia a la pérdida de líquido amniótico.

6. El 16 de mayo de 2016, V1 sintió malestares, por lo que se presentó en el Hospital General, fecha en la que fue ingresada al nosocomio y se le practicó un ultrasonido, del cual se desprendió que tenía “5.3” de líquido amniótico, diciéndole los doctores que sería constantemente monitoreada, ya que si *“continuaba perdiendo líquido y llegaba a 5, le harían una cesárea urgente”*.

7. En la mañana del día siguiente se llevó a cabo otro ultrasonido, en el que V1 y V2 escucharon el latido de su bebé, sin embargo, a las 18:30 horas de ese mismo día, le practicaron otro monitoreo, mediante el cual el personal médico se percató que la bebé *“no tenía ritmo cardiaco ni movimientos”*, ya que V1 se había quedado sin líquido amniótico.

8. V1 señaló, que el encargado del turno de la noche comentó a su mamá que *“no se explicaba porque se había quedado sin líquido”*, que *“posiblemente la bebé venía mal de un órgano podía ser el riñón, el hígado o el intestino, que habría que hacer necropsia para saber bien las causas de la muerte”*. Con relación a la necropsia, se le sugirió solicitarla *“después de que la niña naciera”*, sin embargo al pedirla, el personal médico le comentó que *“no se la podían hacer”*, que se dirigieran al ministerio público, pero que les saldría *“como en diez mil pesos”*, motivo por el cual no la solicitó.

9. Respecto de estos hechos, el 18 de mayo de 2016, personal de esta Comisión Nacional recibió llamada telefónica de Q, quien manifestó que aproximadamente a las 18:00 horas del día anterior, le informaron que el producto de la gestación había muerto *“y que debía[n] expulsarlo de forma natural”*, lo que le hizo *“temer por la integridad física de [V1]”*, razón por la que solicitó la intervención de este Organismo Constitucional.

10. Con motivo de esta queja, el 13 de junio de 2016, se inició el expediente **CNDH/4/2016/4333/Q** solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS, y se realizaron las diligencias para esclarecer los hechos, cuya

valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Actas circunstanciadas de 18 y 19 de mayo y 1° de junio de 2016, en las que constan las llamadas telefónicas de Q, quien solicitó la intervención urgente de este Organismo Autónomo.

12. Acta circunstanciada de 1° de junio de 2016, en la que consta la recepción del escrito y ratificación de la queja de V1, en contra del personal del Hospital General.

13. Oficio 095217614BB1/1757 de 3 de agosto de 2016, por medio del cual el IMSS remitió copia del oficio 150105260200/DIR/05023/16 de 1° de agosto del mismo año, suscrito por el Director del Hospital General.

14. Oficio 095217614BB1/1803 de 12 de agosto de 2016, por medio del cual el IMSS remitió copia del oficio 150105260200/DIR/05023/16 de 5 de agosto del mismo año, en el que el Director del Hospital General, adjuntó los informes de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7.

15. Oficio 095217614BB1/2035 de 7 de septiembre de 2016, por medio del cual el IMSS remitió el expediente clínico de V1, integrado en la UMF 83 en San Vicente Chicoloapan, Estado de México, en el que obran, entre otras, las siguientes documentales:

15.1 Nota de control prenatal de 23 de noviembre de 2015, sin hora, suscrito por SP6.

15.2 Nota de control prenatal con referencia hospitalaria de 4 de febrero de 2016, sin hora, suscrito por SP1.

15.3 Nota de control prenatal de 18 de febrero de 2016, sin hora, suscrito por SP1.

16. Nota de control prenatal con referencia, de 31 de marzo de 2016, sin hora, suscrito por SP1.

17. Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital General, en el que obran, entre otras, las siguientes documentales:

17.1 Notas médicas, de 16 de marzo y 14 de abril de 2016, realizadas a las 12:44 y 1:32 horas, suscritas por AR1.

17.2 Nota de Servicio de Admisión, de 28 de abril de 2016, a las 18:15 horas, suscrita por SP2.

17.3 Nota de alta y evolución hospitalaria de 30 de abril de 2016, sin hora, suscrita por SP3.

17.4 Nota de admisión al Servicio de Ginecología-Obstetricia, de 14 de mayo de 2016, a las 00:50 horas, suscrita por AR2.

17.5 Nota de Urgencias Tococirugía, de 16 de mayo de 2016, a las 12:15 horas, suscrita por AR3.

17.6 Nota de evolución, de 16 de mayo de 2016, a las 16:32 horas, suscrita por AR4.

17.7 Nota agregada, de 16 de mayo de 2016, a las 20:30 horas, suscrita por AR4.

- 17.8** Nota de Ginecología de evolución nocturna, de 16 de mayo de 2016, a las 21:15 horas, suscrita por AR5.
- 17.9** Nota de evolución, de 17 de mayo de 2016, a las 10:15 horas, suscrita por AR3, adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- 17.10** Nota de la Unidad Tocoquirúrgica, de 17 de mayo de 2016, a las 15:30 horas, suscrita por AR6, adscrito al área de Ginecología y Obstetricia.
- 17.11** Nota de la Unidad Tocoquirúrgica, de 18 de mayo de 2016, a las 15:50 horas, suscrita por AR6.
- 17.12** Nota de atención del parto, sin fecha, a las 19:39 horas, suscrita por AR6.
- 17.13** Nota de Trabajo Social, de 18 de mayo de 2016, a las 21:00 horas, firmada por SP5.
- 17.14** Nota de evolución y alta hospitalaria, de 19 de mayo de 2016, sin hora, suscrita por SP4.
- 17.15** Hoja de Hoja de Vigilancia y atención del parto de fecha 16 de mayo de 2016.
- 17.16** Certificado de muerte fetal.
- 18.** Opinión Médica sobre el caso de V1, emitida el 8 de diciembre de 2016, por este Organismo Nacional.
- 19.** Acta Circunstanciada de 9 de diciembre de 2016 en la que se hizo constar la llamada telefónica entre este Organismo Nacional y V1.
- 20.** Acta Circunstanciada de 9 de diciembre de 2016 en la que se hizo constar la llamada telefónica realizada por esta Comisión Nacional con el IMSS, de la cual se

tuvo conocimiento que sobre el caso de V1, se abrió el expediente de queja médica con motivo de la vista de la queja que esta Comisión Nacional dio a ese instituto.

21. Oficio 095217614BB1/0165 de 23 de enero de 2017, en la que el IMSS se comunicó que el caso de V1 se sometió a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, la cual se resolvió en sentido procedente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

22. Con relación a los hechos, el IMSS informó que únicamente abrió un expediente de queja médica con motivo de la vista que este Organismo Autónomo dio a dicho instituto, el cual, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente resolvió en sentido procedente.

IV. OBSERVACIONES.

23. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2016/4333/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación se realizará el siguiente análisis: **1.** Derecho a la protección de la salud de V1 y **2.** Derecho de acceso a la información en materia de salud de V1 y V2.

1. Derecho a la protección de la salud.

24. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este tema, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sentó el criterio de los elementos que comprende el derecho a la salud: *“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,(...) De lo anterior se desprende que para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad*

los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”¹.

25. “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.

26. 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.

27. Sobre el derecho a la protección de la salud, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, en su Recomendación General 24 dispuso 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

¹ Jurisprudencia administrativa “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

² Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, párrafo 23 y 24, 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”, párrafo 21.

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). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

⁴ Párrafo 1.

28. 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

29. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de las Naciones Unidas decretó en su numeral 12.2 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”*.

30. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”* asume 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

⁵ *Ibíd*em, párrafo 27.

⁶ 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

31. Y 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*”.

A. Atención médica brindada a V1 en la UMF 83.

32. En el presente caso, el embarazo de V1 fue catalogado como de alto riesgo desde las primeras citas médicas. En la valoración de control prenatal del 23 de noviembre de 2015, efectuada en la Unidad de Medicina Familiar número 83, se clasificó el embarazo de V1, con riesgo obstétrico de 4.0, que en el puntaje prenatal de Coopland⁷ es *alto*.

33. El 4 de febrero de 2016, V1 acudió a control prenatal, en el que SP1 describió que V1 presentaba un embarazo de 23 semanas de gestación, con un fondo uterino de 17 cm y detectó una probable restricción del crecimiento intrauterino, por lo que ante la sospecha de esta restricción, elevó el puntaje a 9, es decir, *riesgo extremo*; asimismo, determinó que V1 no había tenido ganancia ponderal (aumento o ganancia de peso) y contaba con el antecedente de embarazo previo con retardo en el crecimiento fetal. Por lo anterior, SP1, refirió a V1 al Hospital General, por ser

⁷ Escala utilizada con la finalidad de clasificar y diagnosticar embarazos de alto riesgo.

un nosocomio de segundo nivel, para valoración del retardo de crecimiento fetal por el Servicio de Ginecología.

34. El 31 de marzo del mismo año, SP1 valoró de nuevo a V1 y asentó que la paciente refirió contracciones uterinas de 3-4 días de evolución, sin mencionar pérdidas transvaginales y reportando frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto. En atención a estos parámetros, SP1 diagnosticó la amenaza de parto prematuro.

35. En la opinión médica de este Organismo Nacional, dados los antecedentes ginecológicos y obstétricos de V1, inició con un embarazo de alto riesgo, el cual es aquel en el que la madre y el feto o neonato, se encuentran en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad, antes o después del parto. Un embarazo de este tipo, debe seguirse con mayor rigor y frecuencia, estableciendo conductas de manera distinta al del embarazo calificado para el componente básico⁸.

36. No obstante lo anterior, V1 no recibió la atención prenatal adecuada al tipo de embarazo que se le diagnosticó en la UMF 83, como se detallará en el siguiente apartado.

B. Atención prenatal brindada a V1 en el Hospital General.

37. El 16 de marzo de 2016 V1 fue atendida por AR1, quien respecto de la valoración practicada asentó, entre otros datos: estatura 1.44 cm, 26 semanas de gestación y fondo uterino de 20 cm.

⁸ Control prenatal de rutina. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional

38. Por lo que hace a la estatura de V1 (1.44 metros), en la opinión médica de esta Comisión Nacional se determina que la talla baja (menor a 1.50 cm) es un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, sin embargo, AR1 omitió clasificar el embarazo de alto riesgo, no previendo las complicaciones de dicho parámetro tales como, desproporción cefalopélvica, trabajo de parto disfuncional y parto operatorio.

39. En la opinión médica de este Organismo Autónomo se sostiene, que el caso de V1 cumplía con los criterios para recibir esquema de esteroides en la etapa prenatal, que se asocia con una disminución significativa en la posibilidad de que se presente muerte neonatal.

40. La *“Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino”* del Consejo de Salubridad General recomienda que: *“En aquellos casos con trastornos del crecimiento fetal y que existe cualquier posibilidad de nacimiento entre las semanas 24 y 34, se deberá indicar un esquema de maduración con esteroides entre las semanas antes mencionadas”*⁹.

41. AR1, describió fondo uterino de 20 centímetros. Con relación al fondo uterino y el diagnóstico de embarazo de 26 semanas de gestación, traspolando dichos parámetros al apéndice A, *“Altura del fondo uterino según la edad gestacional”, 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 procedimiento para la prestación del servicio”*¹⁰, se ubican sobre la línea del percentil 10¹¹ y la zona hipotrófica¹², por lo que ante la sospecha de un déficit en el crecimiento, es

⁹ 4.4 *“Tratamiento”*. 4.4.1 *“Tratamiento farmacológico y reanimación inicial”*.

¹⁰ Norma vigente al momento de los hechos.

¹¹ Parámetro sugerente de restricción del crecimiento intrauterino.

¹² Desarrollo inferior a lo normal.

necesario realizar un estudio de ultrasonido obstétrico. El ultrasonido de segundo trimestre es superior en la estimación de la edad gestacional en comparación con la estimación basada en la fecha del último periodo menstrual.

42. Conforme a la opinión médica de este Organismo Constitucional, ante el diagnóstico que V1 presentó ese día (talla baja, antecedente de embarazo previo con retardo en el crecimiento, actividad uterina irregular, riesgo obstétrico de 9 y ubicación de la altura de fondo uterino entre el percentil 10 y zona hipotrófica), AR1 debió solicitar ultrasonido obstétrico y evaluar el tamaño del feto mediante circunferencia abdominal y peso fetal estimado, con la finalidad de descartar la restricción de crecimiento intrauterino y sus posibles causas y con ello evitar los riesgos tales como: muerte neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hemorragia interventricular, necesidad de apoyo ventilatorio, admisiones a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida; de confirmarse oportunamente, se pudo haber administrado a V1 esquema de esteroides en la etapa prenatal, lo cual hubiera disminuido la posibilidad de muerte neonatal. No obstante inadecuadamente, AR1 dio de alta a V1, produciendo una disminución en la sobrevivencia del producto de la gestación.

43. El 14 de abril de 2016, V1 fue atendida de nueva cuenta por AR1, quien volvió a ser omiso en establecer la talla baja como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas.

44. Del análisis a las constancias contenidas en el expediente clínico de V1, se advierte que el 28 de abril de 2016 fue atendida por SP2, quien debido al diagnóstico de amenaza de parto prematuro, decidió ingresarla al área de labor para uteroinhibición y posteriormente pasarla piso de Ginecología; siendo dada de alta por SP3 el 30 de ese mes y año.

45. El 14 de mayo de 2016, V1 llegó al Hospital General para una revisión médica, la cual fue realizada por AR2, quien describió datos tempranos de parto pretérmino¹³, como dolor obstétrico cada 5 minutos e indicó el uso de “*indometacina*” vía rectal cada 12 horas por tres dosis.

46. Del examen efectuado a la nota suscrita por AR2, en la opinión médica de este Organismo Nacional se concluyó, que AR2 no tomó en cuenta los antecedentes de múltiples cuadros de amenaza de parto pretérmino durante el embarazo de V1, y que la prescripción de “*indometacina*” fue inadecuada, pues la paciente cursaba con un embarazo de 34 semanas de gestación.

47. La “*Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y manejo de parto pretérmino*” del Consejo de Salubridad General, recomienda el uso de “*indometacina*” solo en embarazos con menos de 32 semanas de gestación, puesto que dicho medicamento expone considerablemente al feto a las diferentes complicaciones como: un cierre prematuro del conducto arterioso, conducto arterioso persistente e hipertensión pulmonar persistente. El efecto sobre el conducto arterioso es más manifiesto cuanto más próxima al término esté la gestación, aparentemente a partir de las 32 semanas, por lo cual se recomienda su uso hasta la semana 31 de gestación¹⁴.

¹³ La bibliografía médica refiere que el parto pretérmino representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

¹⁴ En opinión de la médica de este Organismo Nacional, está comprobado que la combinación de “*betametasona*” e “*indometacina*” administradas antes del nacimiento causa un mayor nivel de constricción del conducto arterioso fetal, lo cual contribuye a la pérdida de la respuesta ductal y al aumento de casos de conducto arterioso persistente.

48. En conexión con lo anterior, AR2 no debió haber dado de alta a V1, ya que por los efectos de la “*indometacina*”, era necesario hospitalizarla con la finalidad de realizar la vigilancia ecocardiográfica de la hemodinamia cardiaca fetal (circulación fetal), puesto que le indicó un inhibidor de la síntesis de las prostaglandinas (“*indometacina*”), así como las valoraciones y estudios pertinentes, que le permitieran determinar el origen de la amenaza de parto pretérmino y a su vez aplicar la terapéutica indicada y oportuna.

49. El 16 de mayo de 2016, V1 asistió al Hospital General para revisión médica, siendo valorada a las 12:15 horas por AR3, quien entre otros datos, describió que V1 presentaba lo siguiente: salida de tapón mucoso, disminución de movimientos fetales, hipomotilidad fetal, fondo uterino de 26 cm, embarazo 34 de semanas clínicamente menor y probable oligohidramnios¹⁵.

50. De la nota médica se desprende, que V1 acudió al Hospital General por presentar salida de tapón mucoso y disminución de movimientos fetales. Con relación a ello la opinión médica de este Organismo Autónomo estableció, que la información de los movimientos e inmovilidad fetal la aportan las pacientes, aunado a esto, para asegurar el bienestar del feto es útil el control mediante la ecografía, la prueba de la frecuencia cardíaca fetal sin estrés y el perfil biofísico.

51. Respecto de la hipomotilidad fetal, en la opinión médica citada se determinó que ante dicho diagnóstico debe realizarse la prueba de frecuencia cardiaca fetal sin estrés, ya que cuando es anormal, se interpreta como un signo de alarma. Además la hipomotilidad fetal se asocia con el concepto de hipoxia crónica fetal, padecimiento que en opinión médica de esta Comisión Nacional, no fue descartado por AR3, ya que aunque solicitó que se le realizaran a V1 algunos estudios, no

¹⁵ Disminución del líquido amniótico a cifras patológicas.

solicitó que se valorara en el ultrasonido obstétrico el perfil biofísico¹⁶, ni efectuó prueba de frecuencia cardiaca fetal sin estrés, siendo lo anterior de vital importancia para descartar hipoxia fetal.

52. AR3 reportó un fondo uterino de 26 cm, el cual con base en el apéndice A, “*Altura del fondo uterino según edad gestacional (criterios de clasificación)*”, de la “*Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”, se ubica en la zona de hipotrofia, es decir por debajo del percentil 10, por lo que AR3 determinó que V1 cursaba un embarazo de 34 semanas de gestación el cual era “*clínicamente menor*”, esto quiere decir que el producto de la gestación, era pequeño para la edad gestacional.

53. Con relación a lo anterior, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se refirió que la “*Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino*”, describe que tras alcanzar el feto su límite de adaptación fisiológica a la hipoxia¹⁷ el proceso de descompensación puede estar asociado a diversos hallazgos. Existe un decremento en la capacidad cardiaca para movilizar la sangre “hacia adelante”, dicha imposibilidad puede ser observada con Ultrasonido Doppler a través del incremento en el índice de pulsatilidad de las venas fetales, lo que genera disminución de movimientos corporales del feto.

54. Esto puede producir patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal debido a disfunción cardiaca por la hipoxemia. En fetos en un ambiente hipóxico, varios autores han sugerido una secuencia de deterioro que es evidente en varias pruebas utilizadas en la práctica clínica para evaluar el bienestar fetal. Por ello, AR3 debió

¹⁶ Movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono muscular y volumen de líquido amniótico.

¹⁷ Disminución de la concentración de oxígeno en sangre.

solicitar prueba de frecuencia cardiaca fetal sin estrés, ultrasonido obstétrico con perfil biofísico y ultrasonido Doppler, para evaluar el bienestar fetal y descartar patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal debido a disfunción cardiaca por hipoxemia.

55. Por lo que hace al diagnóstico de oligohidramnios, la opinión médica de este Organismo Nacional revela que para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina, se puede recurrir a la maniobra de Tarnier, la cual consiste en presionar el fondo uterino y con la mano exploradora intravaginal elevar la presentación del producto. Conforme a la opinión médica de esta Comisión Nacional se dictamina que ante la sospecha de ruptura prematura de membranas (RPM), se deben realizar estudios de laboratorio y gabinete como: reporte cardiotocográfico, toma de cultivos, cristalografía, nitrazina y recolección de líquido amniótico para pruebas de madurez pulmonar fetal. Se advierte que las pacientes con RPM, requieren vigilancia fetal estrecha por riesgo continuo del compromiso fetal debido a la compresión del cordón umbilical, infección intraamniótica y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; sumado a esto, las pacientes deberán permanecer hospitalizadas en reposo y no se realizarán tactos vaginales a menos que estén en trabajo de parto (como en el caso particular), iniciando antibioticoterapia.

56. En la opinión médica se sostiene que el oligohidramnios está asociado con múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico por crecimiento intrauterino retardado, líquido meconial, alteraciones de la frecuencia cardiaca e ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

57. Tomando en cuenta lo establecido, en la opinión médica de este Organismo Autónomo se opina que AR3 no describió haber observado de manera directa la salida de líquido amniótico a través del canal cervical o su colección en el fondo de

saco vaginal, no realizó maniobras de Tarnier y Valsalva¹⁸, ni agotó todos los medios clínicos y paraclínicos existentes para confirmar o descartar ruptura de membranas, siendo todo lo anterior de vital importancia, porque la paciente presentaba la probabilidad de oligohidramnios, y un embarazo de 34 semanas de gestación clínicamente menor, hipomotilidad fetal y amenaza de parto pretérmino; lo que incrementó el riesgo de morbilidad en el producto de la gestación, la presencia de líquido meconial, alteraciones de la frecuencia cardíaca e ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

58. El citado 16 de mayo de 2016, a las 16:32 horas, V1 fue valorada por AR4, quien destacó: *“refiere algias obstétricas no disminuyendo con indometacina, refiere disminución de movilidad fetal por la mañana en estos momentos ya siente movimientos, niega (...) pérdida de líquido por la vagina (...) AFU [altura de fondo uterino] de 30 cm fcf 139x se palpa motilidad fetal Activa (...) tacto vaginal cérvix posterior oce dehioscente (sic) oci cerrado tarnier [Maniobra donde se ejerce una presión delicada observando salida de líquido transvaginal] y valsalva negativo (...) paciente la cual se ingresa para útero inhibición y toma de usg obstétrico para valorara (sic) líquido amniótico y estado del producto. Se toman labs de acuerdo a esto valorara manejo se inicia maduración pulmonar”*.

59. Por lo que hace al señalamiento de que las algias obstétricas no disminuyeron a pesar de la administración de *“indometacina”*, en la opinión médica de este Organismo Nacional se considera que no obstante que la *“indometacina”* es un medicamento contraindicado, AR4 no suspendió el mismo, exponiendo al producto de la gestación a los riesgos que se detallaron con antelación (ver supra párrafos 46, 47, 48).

¹⁸ Hacer fuerza con los músculos abdominales.

60. AR4 describió que la paciente ya sentía movimientos fetales, reportó que las pruebas de Tarnier y Valsalva se encontraban negativas, refirió que se tomarían laboratorios sin describir cuales y emitió el diagnóstico de probable oligohidramnios. Si bien es cierto AR4 solicitó ultrasonido con la finalidad de valorar el estado del producto y el líquido amniótico, éste no indicó registro cardiotocográfico, el cual se incluye como prueba de bienestar fetal, ya que analiza la curva de frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas, por lo que no monitorizó adecuadamente al producto de la gestación, siendo que V1 cursaba con un probable oligohidramnios, además de estar siendo tratada con indometacina.

61. A las 20:30 horas del mismo día, AR4 describió que se había recabado el ultrasonido realizado a las 19:30 horas. Con relación a esto, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se consideró que a pesar de que a V1 se le realizó un ultrasonido obstétrico, dicho estudio de gabinete se había solicitado desde las 12:15 horas por AR3 y a las 16:32 horas por AR4 del mismo 16 de mayo de 2016, realizándose hasta las 19:30 horas, es decir pasaron aproximadamente más de siete horas desde que se requirió hasta que se llevó a cabo, a pesar de que V1 presentaba un cuadro de emergencia obstétrica.

62. Según la opinión médica de este Organismo Autónomo, esto además de evidenciar la falta de interés por el binomio materno-fetal por parte del personal médico responsable de dar prioridad a los estudios de imagen urgentes a los pacientes hospitalizados, y la demora en efectuar dicho estudio, puso en peligro la vida del producto de la gestación.

63. A las 21:15 horas del 16 de mayo del citado año, V1 fue atendida por AR5, quien en su nota médica refirió que se podía tratar de un producto pretérmino con restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios moderado. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se indicó que en todo feto en el que se detecte

tras realizar una biometría y una estimación del peso que es pequeño para la edad gestacional (por debajo del percentil 10), deberá realizarse una evaluación hemodinámica de la circulación fetoplacentaria (valoración de la circulación del cordón umbilical) a fin de descartar la posibilidad de una insuficiencia placentaria, con la realización de una evaluación hemodinámica fetoplacentaria mediante ultrasonido Doppler¹⁹.

64. Sin embargo, ante la posibilidad de que el producto de la gestación pudiera estar cursando con restricción del crecimiento intrauterino, aunado a ser pretérmino y con oligohidramnios, AR5 solo indicó pasar a V1 a piso para continuar esquema de hidratación y maduración, cuando debió solicitar ultrasonido para realizar la medición de la circunferencia abdominal y el cálculo del peso fetal estimado, siendo estos los parámetros más adecuados para detectar fetos con crecimiento no óptimo.

65. Así también, AR5 apuntó en su nota médica que a las 23:50 horas se tomó una prueba sin estrés a V1 durante 30 minutos con frecuencia cardíaca fetal de 130 latidos por minuto. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se estimó que además de esto, AR5 debió allegarse de los estudios de gabinete necesarios para descartar o confirmar la restricción de crecimiento intrauterino, lo que era de vital importancia ya que la hipoxia secundaria a la insuficiencia placentaria aumenta considerablemente el riesgo de muerte o lesión neurológica en el feto.

66. En cuanto a la restricción de crecimiento intrauterino, la *“Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino”*, describe que no existe por el momento ninguna medida terapéutica eficaz para la atención, y de conformidad con los parámetros que establece, ante un embarazo como el que cursaba V1 y encontrándose el producto de la gestación en un medio hostil,

¹⁹ Para analizar las sondas de velocidad del flujo que atraviesan los vasos sanguíneos y valorar la actividad hemodinámica.

derivado al oligohidramnios en evolución y a la restricción del crecimiento intrauterino, AR5 debió considerar la interrupción del embarazo vía abdominal (cesárea), el no haberlo hecho, indica que no valoró el riesgo beneficio para el producto de la gestación.

67. El 17 de mayo de 2016 a las 10:15 horas, V1 fue valorada por AR3 quien, al igual que AR5, no valoró el riesgo beneficio para el producto de la gestación y en consecuencia, no indicó la interrupción del embarazo vía abdominal. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Autónomo, AR3 en su nota médica describió la disminución de los movimientos fetales, pero no solicitó la evaluación hemodinámica fetoplacentaria mediante ultrasonido Doppler, para confirmar o descartar insuficiencia placentaria, aumentando considerablemente el riesgo de muerte neonatal.

68. A las 15:30 horas de ese día, V1 fue atendida por AR6, quien describió movimientos fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal de 120 latidos por minuto (límite inferior a la normalidad), tacto vaginal con cérvix posterior, orificio externo del cérvix reblandecido y prueba de Valsalva negativa. Determinó que V1 contaba con ultrasonido privado de fecha 28 de enero de 2016 el cual reportó embarazo de 19.3 semanas de gestación, transpolándolo a 35 semanas aproximadamente, mencionando lo siguiente “(Pb Producto restringido) (sic)”; solicitó control ultrasonográfico para valorar índice de líquido amniótico y registro cardiotocográfico.

69. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se explicó que ante un probable producto restringido, pretérmino y con oligohidramnios AR6, debió solicitar que el control ultrasográfico incluyera medición de la circunferencia abdominal y el cálculo del peso fetal estimado, siendo estos los parámetros más adecuados para detectar fetos con crecimiento subóptimo, y en el caso de ubicarse por debajo del percentil

10, requerir evaluación hemodinámica fetoplacentaria mediante ultrasonido Doppler, para detectar insuficiencia placentaria.

70. La Hoja de Vigilancia y atención del parto de fecha 16 de mayo de 2016, se inició desde las 15:30 horas por AR3, teniendo el primer registro de frecuencia cardíaca fetal hasta las 17:00 horas, reportando la frecuencia aproximadamente cada 30 minutos hasta las 22:48 horas, sin embargo la paciente cursaba con un cuadro de amenaza de parto pretérmino, hipomotilidad y probable oligohidramnios, por lo que debió ser vigilada de manera estrecha debido a las probables alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal secundaria a la hipoxia fetal.

71. Lo anterior corrobora que AR3 y AR4 incumplieron la NOM-007- SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, en su numeral 5.5.10 que describe: *“Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto”*.

72. A las 18:15 horas del 17 de mayo de 2016, AR6, describió que tres horas después de haber solicitado el control ultrasonográfico, se entregó el reporte del mismo, el cual estableció óbito²⁰, con líquido amniótico nulo, corroborándose el diagnóstico de oligohidramnios severo (índice de Phelan <2).

73. El 18 de mayo de 2016 se emitió el certificado de muerte fetal firmado por AR6, en el que se estableció como causa de fallecimiento: *“...Disfunción Placentaria...”*.

²⁰ Pérdida del producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

74. El día 19 de mayo de 2016, V1 fue dada de alta por encontrarse clínicamente estable y con evolución satisfactoria.

75. En cuanto a la muerte del producto de la gestación, en la opinión médica de este Organismo Autónomo se determinó, que no existen manifestaciones clínicas patognomónicas (síntomas que aparecen únicamente en el marco de una enfermedad específica) de muerte fetal, pudiendo ser inespecíficas, sin embargo lo más reconocido son: desaparición de percepción de los movimientos fetales y retraso del crecimiento fetal.

76. La *“Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único”* del Consejo de Salubridad General, describe que la muerte fetal puede suceder como complicación durante el embarazo o el parto y se asocia, entre otros factores a la disminución de líquido amniótico, peso y restricción del crecimiento intrauterino. En opinión médica de esta Comisión Nacional se señaló que, otras causas relacionadas con la muerte fetal son el control prenatal y la vigilancia intraparto inadecuados, como ocurrió en el caso de V1.

77. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades observadas configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección de la salud durante la atención de su embarazo, así como al derecho a determinar el número y espaciamiento de los hijos, previsto en los artículos 4º de la Constitución y 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Dichas conductas y omisiones descritas, contravienen la referida NOM-007-SSA2-2016, que prevé los lineamientos para el control, seguimiento y atención del embarazo, así como los factores de riesgo obstétrico y los procedimientos para la adecuada atención y control del trabajo de parto.

78. Este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 involucrados en el caso de V1, debieron desarrollar sus actividades conforme al artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto: *“I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”, “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 preceptúa que: *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*²¹.

79. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto constitucionales; 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; 8º, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la NOM 007- SSA2-2016.

80. Finalmente, las omisiones del personal médico, implicaron la transgresión de los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 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”).

2. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

81. 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*

²¹ CNDH. Recomendación 57/2016, del 14 de diciembre de 2016, párrafo 44.

*derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*²².

82. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” en su introducción previene 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*”²³.

83. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017 estableció que: “*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 condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad*”.

84. 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: a. Accesibilidad, b. Confiabilidad, c. Verificabilidad, d. Veracidad y e. Oportunidad²⁴.

²² Observación General 14, *ibídem*, párrafo 12, inciso b, fracción IV.

²³ CNDH. Recomendación 57/2016, del 14 de diciembre de 2016, párrafo 84.

²⁴ *Ibídem*, p. 34

85. V1 en su escrito de queja manifestó que *“el coordinador del piso de tococirugía”* mencionó a su mamá que el producto de la gestación *“venía mal”*, sin poder determinar con exactitud si del riñón, el hígado o el intestino, por lo que habría que llevar a cabo una necropsia para *“saber bien las causas de la muerte”*.

86. Según dicho de V1, AR7 comentó que una vez realizado el parto, solicitaran la necropsia. La agraviada señaló que así lo hicieron, sin embargo personal médico le informó que no la podían efectuar y les sugirieron dirigirse al ministerio público, pero que esto les sería costoso, razón por la que finalmente no se le practicó la necropsia al producto obitado.

87. Lo anterior se relaciona con lo descrito en la Nota de Trabajo Social, del 18 de mayo de 2016, firmada por SP5 en los siguientes términos: *“...SEGUIMIENTO DE CASO MANEJO FINAL POR DEFUNCION (OBITO)...SE RECIBE CERTIFICADO DE MUERTE FETAL FOLIO 160045830...MISMO QUE SE ENTREGA A LA MADRE DE LA PACIENTE...EXISTE NEGATIVA DEL FAMILIAR PARA LLEVARSE EL PRODUCTO, PUES SOLICITA UNA NECROPSIA PARA EL MISMO, POR LO QUE REALIZARAN EL TRAMITE POR DEFUNCION HASTA EL DIA DE MAÑANA DESPUES DE HABLAR CON EL [AR7] COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA...”*.

88. La supracitada *“Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único”*, recomienda los siguientes estudios para identificar la posible causa de muerte fetal: autopsia, estudio de la placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas, cariotipo y cultivo de líquido amniótico.

89. La autopsia clínica se puede definir como el conjunto de actos científico-técnicos que contribuyen en la investigación de muertes en las que las que el estudio clínico no ha sido suficiente para establecer el diagnóstico de la enfermedad causante²⁵.

90. La citada Guía en los puntos 4.5 Diagnóstico y 4.5.1 Estudios Postnatales, establece que: *“A los padres se les debe ofrecer la realización de autopsia fetal para ayudar a explicar la posible causa de muerte informando que va a proporcionar información relevante en las causas que los otros estudios prenatales no ofrecieron, siendo crucial para un futuro embarazo, respetando la decisión tomada”*.

91. Según el *American College of Pathologist*, las situaciones en las que estaría indicada la práctica de la autopsia clínica son, entre otros: *“a) Muertes en la que la autopsia pueda contribuir a la explicación de las complicaciones médicas surgidas; b) Todos los casos en los que la causa de la muerte o el diagnóstico principal no sea conocido con seguridad razonable; c) Todos los casos en los que la causa de la muerte pueda aportar a la familia o a la sociedad en general datos de importancia; d) Muertes aparentemente naturales no esperadas o inexplicables, no sujetas a la jurisdicción forense; e) Todas las muertes de posible origen obstétrico, f) Todas las muertes perinatales o infantiles precoces, y g) Muertes que pudieran estar influidas por una estancia hospitalaria”*²⁶.

92. Tomando en cuenta esta información, así como las constancias que integran el expediente clínico, en opinión médica de este Organismo Nacional se determinó que en el presente caso, se debió realizar necropsia clínica al producto de la gestación, estudio de la placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas, así como cariotipo y cultivo de líquido amniótico, en los extremos sugeridos por la referida *“Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con*

²⁵ Gisbert Calabuig, J. A. Villanueva, E. (2004): Medicina Legal y Toxicología (6ª edición). Editorial Massón, Barcelona.

²⁶ *Ibíd.*

feto único”, recomienda realizar dichos estudios para identificar la posible causa de muerte fetal y, más aún si la necropsia fue solicitada por V1 y sus familiares.

93. Sin embargo, derivado del análisis de las constancias que integran el expediente clínico, no se puede determinar el sustento médico o las causas por las cuales AR7, o el personal médico encargado de efectuar la necropsia clínica, no la llevaron a cabo.

94. En atención a lo anterior, este Organismo Nacional considera que la omisión por parte del personal médico del Hospital General, específicamente de AR7, de realizar la necropsia clínica al producto obitado, impidió que V1 y V2 pudieran conocer con certeza las condiciones fetales o maternas que originaron la muerte fetal, hecho que transgredió el derecho de acceso a la información en materia de salud de V1 y V2.

3. Responsabilidad.

95. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y acceso a la información en materia de salud de V1 y V2; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, por lo que con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presentará queja ante la instancia competente a fin de que se inicie e integre el procedimiento de

responsabilidad administrativa correspondiente en contra de los citados médicos involucrados por incurrir en las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación, y por incumplir sus obligaciones previstas en los artículos 8º, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que implique el incumplimiento de sus obligaciones legales, reglamentarias y administrativas.

4. Reparación integral del daño.

96. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108, 109 y 113 constitucionales; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse violaciones a los derechos humanos atribuibles a servidores públicos 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 se deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la Ley.

97. Para tal efecto, en términos de los artículos 2º, fracción I, 7º fracciones II y VII; 8º, 26, 27, 64 fracciones I y II; 106, 110, fracción IV; 111, 112, 126 fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse la violación al derecho a la protección de la salud y de acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los servicios y al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

a) Medidas de rehabilitación.

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

99. 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.

100. 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, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

c) Garantías de no repetición.

101. 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 y un taller de capacitación y formación en materia de derechos humanos de las mujeres, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud materna, así como sobre el derecho de acceso a la información en materia de salud. Dicho curso deberá ser impartido por personal especializado con perspectiva de género, con

énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

102. También se recomienda, el diseño e impartición en el Hospital General, de un curso sobre las normas oficiales en materia de salud con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a V1 y V2 conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya atención médica y psicológica con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del 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 diseñen e impartan en el Hospital General, un curso y un taller de capacitación y formación en materia de derechos humanos de las mujeres, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud y el derecho de acceso a la información en materia de salud; y sobre las normas oficiales en materia de salud. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitirán a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en el que se le 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 se acredite 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.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los médicos involucrados en el presente caso, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

QUINTA. 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 el personal médico competente realice la autopsia clínica, en los casos que así proceda, conforme a la normatividad vigente y demás disposiciones técnicas médicas aplicables, garantizando a los familiares de la víctima el conocimiento de las causas precisas que propiciaron el deceso y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. 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 tenga 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.

103. 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.

104. 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.

105. 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.

106. 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