



RECOMENDACIÓN No. 81/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUETZALAN, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE PUEBLA.

Ciudad de México, a 21 de diciembre de 2018.

**MTRA. MARTHA ERICKA ALONSO HIDALGO
GOBERNADORA CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE PUEBLA.**

Distinguida señora Gobernadora:

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, párrafo segundo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14, 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2017/7163/Q**, sobre los hechos relacionados con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron 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; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos referidos 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.

3. A efecto de facilitar la lectura de la presente Recomendación, la referencia a las personas, dependencias e instituciones involucradas en el caso, se hará con acrónimos o abreviaturas y a fin de evitar repeticiones, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Abreviaturas
Hospital General de Cuetzalan, Puebla	Hospital General
Centro de Salud de un Núcleo, Tzicuilan, Cuetzalan, Puebla	Centro de Salud
Secretaría de Salud del Estado de Puebla	Secretaría de Salud

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	Comisión Estatal
Fiscalía General del Estado de Puebla	Fiscalía General
Órgano Interno de Control en los Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Órgano Interno de Control

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejoso	Q
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP

I. HECHOS.

4. El 26 de septiembre de 2017, se publicó en el portal de “Internet” www.elsoldepuebla.com.mx, la nota titulada “*Menor indígena de Puebla suma más de 84 horas con bebé muerto en su vientre*”, mediante la cual se dio a conocer el

caso de V, mujer indígena náhuatl embarazada de 16 años que permaneció más de 84 horas con el óbito¹, a falta de un ginecólogo en el Hospital General.

5. Aunado a ello, en la misma nota se refirió que la primera entrevista con V ocurrió 53 horas después del diagnóstico de muerte fetal intrauterina, y de que el personal médico únicamente le suministrara suero, sin proporcionarle alimento.

6. El 10 de octubre de 2017, mediante escrito de queja dirigido a esta Comisión Nacional, suscrito por V y Q1 (madre de la adolescente) se establece que al acudir al Hospital General (22 de septiembre de 2017), personal médico les solicitó a Q1 y Q2 que compraran “*oxitocina*”, ya que no contaban con ese medicamento y era necesario para que V tuviera un “*parto normal*”, por lo que tuvieron que comprarlo, pagando \$150.00.

7. Además, refirieron que tuvieron que pagar \$500.00, para que el 24 de septiembre de 2017, se le practicara un ultrasonido a V por un médico particular, mediante el cual se reveló que el producto de la concepción se encontraba sin vida; posteriormente, en el Hospital General, AR3 les comentó que “*no podían llevar a cabo la cesárea porque era día domingo y no contaban con algún ginecólogo ni algún especialista que asistiera en el mismo*”.

8. Fue hasta el 26 de septiembre de 2017, cuando personal médico realizó el procedimiento por el que le fue extraído “*de [su] vientre a [su] bebé muerto*”, siendo dada de alta el día 29 del mismo mes y año.

9. En entrevista con este Organismo Constitucional Autónomo, V dijo que desde el día 22 de septiembre de ese año, acudió con dos mujeres parteras, la segunda le

¹ Se define como “*la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o de fetos con peso mayor de 500 g*”. Fuente: Molina Saulo y Alfonso Diana Alejandra. “Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible?”. Universidad Médica Bogotá (Colombia), enero-marzo 2010, p. 61.

expresó que no percibió movimientos fetales, por lo que le indicó fuera al Hospital General, y al llegar a dicho nosocomio, le reclamaron por haber asistido con parteras, pues debió acudir con el médico; V agregó que llevó su control prenatal en el Centro de Salud.

10. Con motivo de la nota periodística publicada el 26 de septiembre de 2017, considerando que la protección de la salud es un derecho elemental para todas las personas, particularmente para las mujeres gestantes quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, y que la víctima es indígena y adolescente por lo que forman parte de un grupo de atención prioritaria, el 18 de octubre de 2017, mediante acuerdo de atracción se inició de oficio en esta Comisión Nacional el Expediente de Queja CNDH/4/2017/7163/Q, se notificó a la Comisión Estatal y se le solicitó la remisión de todas las constancias con las que contara.

11. Como parte de la investigación, esta Comisión Nacional solicitó información y copia del expediente clínico respectivo al Hospital General, y a la Fiscalía General; también, 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.

12. Nota periodística publicada el 26 de septiembre de 2017, en el portal de internet www.elsoldepuebla.com.mx, titulada *“Menor indígena de Puebla suma más de 84 horas con bebé muerto en su vientre”*, en la que se dio a conocer el caso de V. **(fojas 2 y 3)**

13. Acta Circunstanciada de 26 de septiembre de 2017, en la que se hizo constar las comunicaciones telefónicas sostenidas por este Organismo Nacional con la

Comisión Estatal, mediante las cuales se tuvo conocimiento que ese Organismo Local se encontraba investigando los hechos referidos en la citada nota periodística. **(foja 4)**

14. Escrito de queja de V y Q1 dirigido a esta Comisión Nacional de 10 de octubre de 2017, en el que manifestaron violaciones a derechos humanos, en agravio de V. **(fojas 28-34)**

15. Acuerdo de atracción del Expediente de Queja de 18 de octubre de 2017, por el cual este Organismo Nacional determinó ejercer la facultad de atracción para investigar los hechos que dieron origen al caso de V. **(fojas 23 y 24)**

16. Oficio DQO/4849/2017 del 20 de octubre de 2017, a través del cual la Comisión Estatal, remitió el Expediente de Queja que inició con motivo del caso de V para su seguimiento por parte de este Organismo Nacional, del cual destacan las siguientes constancias: **(foja 39)**

16.1 Oficio 5013/DAJ/4146/2017 de 5 de septiembre de 2017, mediante el cual la Secretaría de Salud rindió informe sobre el caso de V y envió los anexos respectivos. **(fojas 50-147)**

16.2 Acta Circunstanciada de 26 de septiembre de 2017 en la que se hizo constar la comunicación telefónica de la Comisión Estatal con el Hospital General, la Secretaría de Salud y Q2, sobre los hechos materia de la queja. **(fojas 45 y 46)**

17. Oficio DDH/4565/2017 de 19 de diciembre de 2017, por el cual la Fiscalía General, remitió el similar FIR/FZROT/2990/2017 de 11 del mismo mes y año, de la

Fiscalía Regional Oriente, por el cual informó que previa búsqueda realizada por los Agentes del Ministerio Público adscritos a esa Fiscalía Regional, no se halló registro alguno relacionado con los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. **(fojas 165 y 166)**

18. Oficio sin número de 22 de enero de 2018, en que el Hospital General anexó el expediente clínico de V y rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional, del que destacó que existe una investigación administrativa ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, que para efectos de esta Recomendación se identificará como Expediente Administrativo. **(fojas 173-356)**

19. Acta Circunstanciada de 5 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar la entrevista realizada por este Organismo Nacional a V y Q1, sobre los hechos materia de la queja. **(fojas 358-360)**

20. Opinión Médica sobre el caso de V, emitida el 4 de octubre de 2018, por este Organismo Nacional. **(fojas 375-430)**

21. Oficio SC.SCA.CGCS.OIC.DQD-1029/2018-JUR de 9 de noviembre de 2018, mediante el cual el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud informó el estado que guarda el Expediente Administrativo y remitió copia certificada del expediente clínico de V integrado en el Hospital General y el expediente correspondiente a su control prenatal conformado en el Centro de Salud; asimismo, adjuntó copia del diverso SJ-1487/2018, de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla, por el que acompañó el Dictamen Médico elaborado por médicos externos de esa Comisión. **(fojas 439-762)**

22. Ampliación de Opinión Médica sobre el caso de V, emitida el 10 de diciembre de 2018, por este Organismo Nacional. **(fojas 763-862)**

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 19 de diciembre de 2017, la Fiscalía General, informó que previa búsqueda realizada por los Agentes del Ministerio Público adscritos a la Fiscalía Regional Oriente, no se halló registro alguno relacionado con los hechos en mención.

24. El 22 de enero de 2018, la Secretaría de Salud, por conducto del Hospital General, informó que existe un Expediente Administrativo en su Órgano Interno de Control.

25. El citado Órgano Interno de Control informó el 27 de noviembre de 2018, que el Expediente Administrativo se encuentra en etapa de investigación; no obstante, de las constancias que adjuntó se aprecia que, mediante Dictamen Médico elaborado por médicos externos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla, se determinó que existió mala praxis en la atención médica brindada a V, por parte de AR1, AR2 y AR3.

IV. OBSERVACIONES.

26. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el Expediente de Queja CNDH/4/2017/7163/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud e interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de V, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones:

A. Consideraciones contextuales.

A.1 Situación de precariedad del municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla (Cuetzalan).

27. La Comisión Nacional destaca que las condiciones de rezago social, pobreza y falta de acceso a servicios de salud de V, y su calidad de mujer adolescente indígena, la colocaron en un contexto de mayor riesgo y marginación con relación a las circunstancias en las que se suscitaron los hechos, situación que agudiza la vulnerabilidad de estos grupos respecto de las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio.

28. Se considera importante, visibilizar de manera particular el contexto de acceso a la salud de V como adolescente indígena, específicamente en las regiones de rezago, como las del municipio de Cuetzalan, de manera que sea posible contar con un panorama general de las circunstancias prevalentes en el lugar donde se suscitaron los hechos y definir la naturaleza pluriofensiva de las violaciones a derechos humanos analizadas, a partir del conocimiento de las condiciones en las que se desenvuelven las mujeres indígenas adolescentes, en lo relativo a aspectos específicos como atención del parto, y como derechohabiente a servicios de salud.

29. En 2015, la población indígena en el Estado de Puebla ascendía a 1.094,923 habitantes de los cuales 814,153 son de lengua náhuatl. Los principales pueblos indígenas que la habitan son nahua, totonaco, mazateco y popoloca; predominando las comunidades nahuas².

² Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Atlas de los Pueblos Indígenas de México, Población Indígena en el Estado de Puebla al año 2015.

30. El municipio de Cuetzalan se localiza en la Sierra Norte del Estado de Puebla, es una zona rural y se considera con un grado de marginación muy alto, el 80.80% de la población se encuentra en situación de pobreza, el 85.93% no posee acceso a la seguridad social, 79.50% carece de calidad y espacios de la vivienda, y el 31.8% de población se encuentra sin derechohabiencia a servicios de salud³.

31. En el presente caso es importante apuntar que *“son precisamente las mujeres jóvenes y adolescentes pertenecientes a grupos empobrecidos y/o excluidos, las que enfrentan mayores violaciones de sus derechos humanos”*⁴, como V lo es al ser una adolescente indígena.

A.2. Embarazo adolescente en el Estado de Puebla.

32. El embarazo adolescente actualmente es un tema prioritario en la agenda pública nacional, ya que tiene una alta incidencia y sus repercusiones son múltiples en las diferentes esferas de la vida de las adolescentes. Al respecto se entiende por embarazo adolescente: *“el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”*⁵.

33. El Consejo Nacional de Población, respecto de Puebla anunció que: *“Esta entidad federativa exhibe una situación de salud reproductiva en clara desventaja en comparación con el contexto nacional en todos los indicadores de impacto analizados. De hecho, se clasifica en el último patrón estatal de situación muy*

3 Secretaría de Desarrollo Social, Unidad de Microrregiones, Cédula de Información Municipal, Cuetzalan del Progreso, Puebla, 2010.

4 Alejandro Morlachetti, *“Hacia la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el Sistema Interamericano”* p. 136.

5 Revista Médica de Costa Rica y Centro América. Año LXXVIII. Número 599 octubre, noviembre, diciembre 2011. Tomo LXVIII. p. 479.

*desfavorable. En siete de nueve indicadores se encuentra en situación de claro rezago, los cuales son: tasa global de fecundidad; probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; necesidad insatisfecha global, rural y de adolescentes; razón de mortalidad materna; y cobertura anticonceptiva. Mejorar esos indicadores podría estar entre los principales retos para las acciones institucionales del estado.”*⁶

34. En este sentido uno de los efectos del embarazo en la adolescencia, son los riesgos directos en la salud de la madre y del producto; al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) registra que “[...] *las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo [...] En los países de ingresos bajos y medianos (...), los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé*”⁷.

35. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*” indicó que “[...] *los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna.*”⁸

⁶ “*Perfiles de Salud Reproductiva: Puebla, 2011*”, p. 64.

⁷ “*El embarazo en la adolescencia*”, 23 de febrero de 2018.

⁸ 7 junio 2010, párrafo 96.

36. En atención a lo anterior, es necesario considerar la existencia de un panorama de deficiencias estructurales en la prestación de servicios de salud en el Estado de Puebla que afectan con mayor repercusión a las adolescentes indígenas embarazadas, las cuales enmarcaron las circunstancias de la atención médica de V, que se analizarán en la presente Recomendación.

B. Derecho a la protección de la salud.

37. El derecho a la protección de la salud se encuentra regulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º, párrafo cuarto, que reconoce el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud; en el mismo sentido, el párrafo noveno del citado precepto establece que: “[l]os niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”; asimismo, la norma suprema protege de manera especial este derecho cuando se trata de grupos específicos de atención prioritaria. Al respecto, el artículo 2º, apartado B, fracción III, establece la obligación de la Federación, las entidades federativas y los municipios que con relación a los pueblos indígenas es indispensable: “[a]segurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”.

38. En este mismo sentido, respecto del derecho a la protección de la salud de la infancia, éste se reconoce plenamente en la Observación General 15 (2013) “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 24) del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, así como en la

Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 24, párrafo primero, donde se prevé que los Estados Parte reconocen, protegen y buscan garantizar “[...] *el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.*”.

39. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha manifestado que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como “[...] *una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud...*”⁹.

40. La Comisión Nacional, en su Recomendación General 15 del 23 de abril de 2009 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, ha reconocido y recogido dicho criterio, señalando que este derecho humano “[...] *indispensable para el ejercicio de otros derechos, y [...] debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.*”¹⁰ Respecto a la protección de este derecho, se pronunció en el sentido de 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 [...]*”.

⁹ Tesis constitucional y administrativa “*Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos*”. Semanario Judicial de la Federación, julio de 2008, Registro 169316.

¹⁰ P. 7.

41. Por su parte, el artículo 4, inciso A, fracciones I y II, de la Ley Estatal de Salud de Puebla establece que: “[...] *corresponde al Estado de Puebla: A. En materia de salubridad general: I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; II. La atención materno-infantil [...]*”; esto es que, en esa entidad federativa, la atención médica debe proporcionarse a las comunidades indígenas sin discriminación y de manera preponderante.

42. Asimismo, dichos servicios médicos deberán planearse y desarrollarse en coordinación y conforme a su sistema médico tradicional, ello de conformidad con en el artículo 13, fracción IV, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla que a la letra dice: *“Las leyes, las instituciones y organismos que conforman el Sistema Estatal de Salud, reconocerán e incorporarán la medicina tradicional de los pueblos indígenas, sus médicos tradicionales, sus terapéuticas y sus productos, remedios y suplementos alimenticios, estableciendo programas para fortalecerlos y desarrollarlos, así como para apoyar la nutrición y alimentación de los miembros de los pueblos y comunidades indígenas, en especial de su población infantil”*.

43. La protección de la salud, es un derecho que el Estado tiene la obligación progresiva de garantizar, en dos vertientes, de acuerdo con el artículo 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: las que son *inmediatas*, que se refieren a que “[...] *los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas*

y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales¹¹”, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con “el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales”¹².

44. Además, el artículo 12 del citado Pacto Internacional DESC, consagra que “Los Estados Partes [...] reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, haciendo énfasis que “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; [y] d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

45. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” reconoce el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, destacando dos cuestiones fundamentales como obligaciones del Estado: “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] f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

¹¹ SCJN. Tesis constitucional “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Este puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”. Semanario Judicial de la Federación, noviembre de 2014, registro: 2007938.

¹² Ibídem.

46. El acceso al goce del más alto nivel posible de salud, *“implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, que es la exigencia de que los servicios en la materia sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas”*¹³.

B.1. Control prenatal de V.

47. El control prenatal de V, de 16 años de edad, inició en el Centro de Salud, donde fue valorada por primera vez el 17 de mayo de 2017 por AR5, quien describió que la paciente refirió acudir a control prenatal, porque se había realizado una prueba de embarazo obteniendo resultado positivo.

48. Ese mismo día, AR5 estableció que V cursaba su primer embarazo, con fecha de última menstruación: 25 de enero de 2017 y fecha probable de parto: 01 de noviembre de 2017, registró peso de 55 kg, talla de 1.50 metros y signos vitales dentro de parámetros normales (tensión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto y temperatura de 36.6 grados centígrados).

49. Continuando con la exploración física, AR5 describió *“abdomen depresible, con fondo uterino de 13 centímetros, al traspasar los datos de edad gestacional (15 semanas de gestación) y altura de fondo uterino (13 cm), al apéndice A normativo de Altura de fondo uterino según la edad gestacional, se ubicaba por arriba del percentil 90; es decir, en zona de hipertrofia (crecimiento excesivo)”*. Al respecto, en

¹³ SCJN. Amparo en revisión 378/2014, p.11 y 12.

la Opinión Médica de este Organismo Nacional, cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva, amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes. En estos casos se debe citar a revisión médica cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista. En el caso en particular, aunque AR5 no indicó valoración cada 8 días, y el envío de la paciente con médico especialista (Ginecología y Obstetricia), sí solicitó estudio ultrasonográfico, el cual está indicado para confirmar o descartar las causas que pudieran estar generando dicha alteración, tales como: embarazo múltiple, polihidramnios, obesidad materna, mal cálculo de la edad gestacional o mala técnica de medición de la altura uterina.

50. En la exploración física de V, AR5 registró que la frecuencia cardiaca fetal aun no era perceptible; además, que la persona menor de edad presentaba pérdidas transvaginales, desde hace 8 días, sin embargo, de manera inadecuada no describió las características de las mismas; en consecuencia, de acuerdo a la referida Opinión Médica, no es posible determinar que las mencionadas pérdidas transvaginales se relacionaran con descarga vaginal normal o anormal, que pudiera orientar a un probable cuadro patológico de “*cervicovaginitis infecciosa*” (inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos, bacterias y protozoarios). En este sentido la infección genital aumenta el riesgo de resultados adversos del embarazo.

51. AR5 además solicitó los estudios de laboratorio prenatales, así como ultrasonido, estableciendo que V debía llevarlos en la siguiente consulta. En la Cartilla Nacional de Salud de V, realizó control de peso, talla, tensión arterial y detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como la identificación de riesgo, signos y síntomas de alarma estableciendo haber elaborado

un plan de contingencia obstétrica (hacer frente a situaciones que son posibles que puedan suceder). Sin embargo, no describió mayores datos al respecto, por lo que no es posible establecer en que consistía, y si era adecuado o no para la paciente.

52. El 21 de junio de 2017, V acudió a su segunda consulta de atención prenatal, siendo valorada por AR5, quien indicó que la paciente se refirió asintomática, registró peso de 56.5 Kg, demostrando una ganancia de peso equivalente a 1.5 kg, respecto al último reporte de 55 kg en su valoración prenatal anterior. A la exploración vaginal reportó “*leucorrea*” (flujo no sangrante que procede del aparato genital femenino), sin grumos, y cuello de la matriz sin dilatación (cerrado), no describió mayores características de la secreción vaginal (color, consistencia, cantidad, olor, por ejemplo), las cuales pudieran orientar hacia su agente productor: hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozoarios (*tricomonas vaginalis*), únicamente indicó amoxicilina.

53. En este sentido, se advierte que desde la primera valoración de control prenatal AR5 no realizó una adecuada descripción de las características de la secreción vaginal, quedando en duda la especificidad del tratamiento otorgado a base de “*amoxicilina*”; tampoco solicitó estudios de laboratorio para confirmar o descartar el cuadro patológico (análisis microscópico de secreciones cérvico-vaginales del tipo de papanicolaou o gram, o determinación del pH.), lo que incrementó el riesgo de complicaciones obstétricas, tales como ruptura prematura de membranas y la muerte fetal intrauterina (óbito).

54. Reportó que la paciente cursaba con infección de vías urinarias, indicando manejo a base de “*amoxicilina*” (antibiótico y “*paracetamol*” (analgésico); además solicitó examen general de orina de control, de las constancias médicas se advierte

que inadecuadamente no requirió urocultivo, reportó además que los niveles de hemoglobina y hematocrito de V se encontraban disminuidos, determinando que cursaba con anemia normocítica, indicando “ácido fólico” 0.4 mg, “sulfato ferroso” tabletas de 200 mg, así como “nutrívita” (vitaminas y minerales) tabletas, con ingesta diaria durante 60 días.

55. AR5 catalogó riesgo obstétrico de 6 puntos, con base en los siguientes parámetros: primigesta e infección de vías urinarias. Lo anterior con base en la calificación de riesgo obstétrico de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

56. Al respecto, también describió la identificación de riesgos, signos y síntomas de alarma, estableciendo haber elaborado un plan de contingencia obstétrica, y haber solicitado a "promoción" el plan de seguridad. No obstante, no describió mayores datos, por lo que no es posible establecer en qué consistía, y si era adecuado o no para V.

57. Respecto del estudio ultrasonográfico solicitado por AR5 desde la primera valoración prenatal, en la descripción de la nota médica correspondiente a la segunda consulta de atención prenatal, no se registró el resultado del mismo. Aunque no es posible determinar que la paciente haya o no realizado el estudio de gabinete AR5 volvió a requerir el ultrasonido obstétrico, el cual, el primero se debió realizar entre las 11 y 13.6 semanas y el segundo entre las 16 y 22 semanas, con la finalidad de detectar riesgos fetales y maternos de acuerdo a 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*”.

58. El 19 de julio de 2017, V acudió a su tercera consulta de atención prenatal siendo valorada por un Pasante de Medicina de Servicio Social, quien estableció la presencia de movimientos fetales adecuados y continuos, sin datos de actividad uterina, pérdidas transvaginales, ni secreción vaginal. A la exploración física con abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino de 24 centímetros (normal de acuerdo a las 25.4 semanas de gestación), producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal de 134 latidos por minuto, presentación cefálica, situación longitudinal y dorso a la derecha, sin actividad uterina, peristalsis audible, sin datos de irritación peritoneal y signo Giordano negativo (normal). Describió haber diferido la exploración genital por pudor.

59. El citado Pasante de Medicina además determinó que la paciente cursaba con infección de vías urinarias, lo que evidencia la persistencia del cuadro patológico, respecto al diagnóstico establecido en valoración prenatal anterior; por lo que indicó tratamiento a base de “*ampicilina*” (antibiótico) 500 mg y “*nitrofurantoina*” (antibiótico) 100 mg cada 8 horas por 5 días, pero al igual, que AR5, no solicitó urocultivo para corroborar el diagnóstico, así como su agente causal, con la finalidad de otorgar el tratamiento adecuado a V. Lo anterior toma relevancia, ya que como se establece en la Opinión Médica de este Organismo Nacional la infección de vías urinarias se puede relacionar con la muerte fetal intrauterina (óbito) tal como la que presentó el producto de la gestación de V el 22 de septiembre de 2017 (muerte fetal intrauterina y datos paraclínicos compatibles con infección de vías urinarias).

60. En la misma Opinión Médica se determina que V al cursar con infección de vías urinarias desde el 21 de junio de 2017 era tratada con “*amoxicilina*”; sin embargo, se identificó nuevamente infección urinaria el 19 de julio de 2017 a pesar del tratamiento; es decir, la infección era persistente. Al respecto, la “*Guía de Práctica*

*Clínica de Control Prenatal con atención centrada en la paciente*¹⁴, establece que ante infecciones urinarias y bacteriuria sin síntomas en la mujer embarazada resistente al tratamiento, se debe referir a un hospital de segundo nivel sin distinción del trimestre en el que se encuentre, lo cual no realizó el Pasante de Medicina, quien únicamente le indicó acudir en un mes (control prenatal) y cita abierta por eventualidades, lo anterior era necesario para que V fuera valorada por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, y se realizaran los estudios pertinentes, como el urocultivo, para el correcto diagnóstico y determinar agente causal, y con base en ello otorgar el tratamiento oportuno y adecuado, situación que expuso al binomio materno fetal, a riesgos innecesarios, como la muerte fetal intrauterina.

61. El 19 de julio de 2017, el Pasante de Medicina estableció el diagnóstico de embarazo de 25.4 semanas de gestación de acuerdo a fecha de última menstruación, así como riesgo obstétrico de 6 (primigesta 3, IVU 3), es decir de bajo riesgo, lo anterior, con base en la calificación de riesgo obstétrico de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Además, describió la identificación de signos y síntomas de alarma, elaborando plan de contingencia obstétrica. No obstante, inadecuadamente no describió mayores datos al respecto, lo que de acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional no permitió establecer en qué consistía y si era adecuado para V.

62. El 16 de agosto de 2017, V acudió a su cuarta consulta prenatal, siendo valorada por otro Pasante de Medicina quien estableció que, en ese momento, la paciente cursaba con movimientos fetales adecuados y continuos; sin datos de actividad uterina, pérdidas transvaginales ni secreción vaginal. Registró peso de 60.5 Kg,

¹⁴ IMSS. 2017.

demostrando ganancia de peso equivalente a 2 kg, respecto al último reporte de 58.5 kg en la valoración anterior.

63. Además, registró signos vitales dentro de parámetros normales a exploración física con abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino de 24 centímetros (normal de acuerdo a 30 sdg), producto vivo, frecuencia cardiaca fetal de 134 latidos por minuto (normal), en posición longitudinal, presentación cefálica y dorso a la derecha, sin actividad uterina, sin datos de irritación peritoneal, signos Giordano y ureterales negativos. Anotó que difirió la exploración genital por pudor. Determinó que la paciente cursaba con embarazo de 30 semanas de gestación de acuerdo a fecha de última menstruación.

64. En la hoja de calificación de riesgo obstétrico de fecha 16 de agosto de 2017, el primer Pasante de Medicina describió el riesgo obstétrico de la paciente como de bajo riesgo (0-6 puntos) por ser primigesta, no obstante, en la nota médica correspondiente a la cuarta consulta de atención prenatal de la misma fecha el segundo Pasante de Medicina estableció que el embarazo de la V, era de alto riesgo por la edad (16 años).

65. Sobre el estudio ultrasonográfico, se puede determinar que fue solicitado por AR5, desde la primera valoración prenatal; sin embargo, en las notas médicas correspondientes a la segunda, tercera y cuarta valoraciones prenatales de la paciente, no se advierte el reporte de que se hubiera requerido nuevamente el ultrasonido obstétrico; a pesar de que se debe realizar entre las 11 y 13.6 semanas, 16 y 22 semanas, y las 29 y 30 semanas o más de gestación, con la finalidad de detectar riesgos fetales y maternos de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016.

66. Lo anterior aumentó el riesgo de pasar inadvertidas alteraciones del crecimiento fetal intrauterino y de tipo placentarias, marcadores ultrasonográficos de aneuploidia (alteraciones cromosómicas), variaciones en el líquido amniótico, anomalías estructurales (cardiopatía congénita, por ejemplo), así como de circular de cordón, lo que es relevante porque el producto de la gestación de V presentó circular de cordón apretada a cuello.

67. El 04 de septiembre de 2017, V acudió a su quinta consulta prenatal, siendo valorada por el segundo Pasante de Medicina quien estableció que, en ese momento, la paciente cursaba con movimientos fetales adecuados y continuos; sin datos de actividad uterina, pérdidas transvaginales ni sangrado vaginal, registró peso de 61.2 Kg, con IMC (Índice de Masa Corporal) de 26.49, demostrando una ganancia de peso equivalente a 700 gramos, respecto al último reporte de 60.5 kg en la valoración anterior.

68. Además, registró signos vitales dentro de parámetros normales. A la exploración física sin fascies de dolor, ni datos aparentes de deshidratación, malestar general o desnutrición; abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minuto (normal), sin actividad uterina, en esa misma fecha describió que se observaba circular simple de cordón umbilical en cuello fetal. El propio estudio ultrasonográfico reportó lo siguiente: *“(Observando alrededor del cuello fetal tres imágenes anecoicas tubulares de paredes ecogénicas las cuales laten, lo que conforma normalmente el cordón umbilical)”*.

69. En el caso particular, con base a la Opinión Médica de este Organismo Nacional

V cursaba con diagnóstico ultrasonográfico de circular de cordón a cuello fetal (el estudio mostró que el producto de la gestación presentaba cordón umbilical alrededor del cuello fetal), sin datos clínicos al momento de sufrimiento fetal (bradicardia, hipomotilidad fetal, etc.) por lo que la indicación era vigilancia con monitorización fetal durante el parto, y ante la aparición de desaceleraciones variables o datos de compresión de cordón, se podía decidir cesárea. En situaciones especiales como la circular de cordón ajustada a cuello, se incrementa el riesgo de complicaciones como alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, restricción del crecimiento, muerte fetal y asfixia al nacimiento; sin embargo, el “patrón de oro diagnóstico” de la circular de cordón es la visualización directa al momento del parto. Lo anterior se relaciona con el hallazgo de circular de cordón apretada a cuello que presentaba el producto de la gestación de la paciente, observado durante la expulsión del mismo vía vaginal.

70. Por lo anterior, esta Comisión Nacional advierte que respecto a la atención médica brindada a V en el Centro de Salud durante el control prenatal existió una inadecuada vigilancia por parte de AR5, ya que, a pesar que desde la primera consulta, 17 de mayo de 2016, presentaba perdidas transvaginales, se prescribió tratamiento antibiótico para combatir una infección en la segunda consulta, sin embargo, a pesar de la persistencia de estos flujos en ningún momento de toda la atención se indicó realizar urocultivos y estudios de laboratorio que confirmaran el agente patógeno que originaba la infección, lo que aumentó el riesgo de resultados adversos del embarazo. A su vez, tampoco prescribió el envío de V con médico especialista (Ginecología y Obstetricia) para una mejor atención dada la persistencia infecciosa.

B.2. Inadecuada atención médica de V en el Hospital General.¹⁵

71. De acuerdo al informe rendido por el Hospital General, V acudió el 22 de septiembre de 2017 a las 23:40 horas, siendo valorada por AR1 en el área de Urgencias, quien describió en la nota médica de misma fecha que acudió por presentar dolor tipo obstétrico y sangrado transvaginal desde las 13:00 horas de ese día; que había asistido con una partera la cual le indicó un té de pimienta y se dio cuenta de que no se percibían movimientos fetales, por lo que fue con otra partera, quien le confirmó la falta de movimientos fetales, le realizó tacto, refirió trabajo de parto y la envió al Hospital General.

72. Ese mismo día, AR1 estableció que la frecuencia cardiaca fetal estaba ausente, por lo que realizó rastreo ultrasonográfico confirmando la ausencia de frecuencia cardiaca fetal y la no percepción de movimientos fetales, además realizó tacto vaginal encontrando cérvix con un centímetro de dilatación y 50% de borramiento, membranas íntegras y producto en primer plano de Hodge. Diagnosticó primer embarazo de 34.3 semanas de gestación, sin partos previos, basado en ultrasonido anterior, pródromos de trabajo de parto y producto obitado. Un día después, el 23 de septiembre de 2017, se inició la hoja de atención de parto, sin que se advierta el

¹⁵ Como antecedentes se encuentra la Recomendación 54/2016 de 28 de noviembre de 2016 de este Organismo Nacional dirigida al Gobernador Constitucional del Estado de Puebla, "*Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y a la vida de V2, en el Hospital General de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud de Puebla*". En la que se acreditaron violaciones al Derecho a la protección de la salud de una mujer, por la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital General, quien presentaba diversas complicaciones en el parto y debía que ser atendida por el Servicio de Ginecología y Obstetricia, sin embargo, en ese momento, el citado nosocomio no contaba con médicos del referido departamento. Asimismo, se acreditó la violación al Derecho a la vida de su hijo, quien después de su nacimiento presentó esfuerzo respiratorio debido a la aspiración de meconio, al respecto, no fue supervisado por un médico titular, sino por médicos residentes. De lo anterior, se constató que en el Hospital General no existían médicos suficientes y especializado para atender este tipo de eventos por lo que personal en formación fueron quienes atendieron a las pacientes sin supervisión de un médico adscrito.

nombre del personal médico que la elaboró y se indicó como dato importante de la gestación, óbito fetal.

73. El 23 de septiembre de 2017, se describió en nota médica elaborada por AR2, abdomen globoso con producto obitado sin frecuencia cardiaca fetal, ni movimientos fetales al tacto vaginal con cérvix posterior a un dedo y borramiento del 40%, informó al familiar la necesidad de tomar otro ultrasonido para corroborar el óbito.

74. Al respecto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se considera que V se encontraba en trabajo de parto por presentar modificaciones cervicales: un centímetro de dilatación y 50% de borramiento, por lo que de acuerdo a la “*Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*” y a la NOM-007-SSA2-2016, al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, integrando el partograma correspondiente¹⁶.

75. De acuerdo a la NOM-007-SSA2-2016 el partograma es “[...] *la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad*”¹⁷.

76. Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso incorporar el partograma en el seguimiento de la fase latente, pues nada impide que pueda ampliarse si se considera que es un instrumento adecuado para precisar la

¹⁶ Cfr. Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 7 de abril de 2016, párr. 5.5.2

¹⁷ *Ibidem.* párrafo 3.32

evolución del trabajo de parto, el diagnóstico de las distocias y la actuación rápida con vistas de evitar resultados materno-perinatales desfavorables¹⁸.

77. En el partograma “[...] se deben monitorear las contracciones uterinas cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno sin presionar”¹⁹[...] y “[...] regist[rar] e interpreta[r] [el] progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias [...]”²⁰.

78. Esta Comisión Nacional advirtió que en la hoja de atención del parto (partograma) no existen registros de los días 23 y 24 de septiembre de 2017, es decir, no se vigilaron las contracciones uterinas, las modificaciones cervicales, el descenso de la presentación cada hora, ni los signos vitales cada dos horas, tal como lo establece la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016 y la “*Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”; obligación de vigilancia que recaía en AR1 y AR2, quienes se encontraban a cargo de V.

79. Lo anterior corrobora la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto que recibió V, ya que el 23 de septiembre de 2017 se elaboró una hoja de atención del parto con los rubros de respiración, temperatura, pulso, tensión arterial, contracciones, posición y variedad, altura de la presentación, borramiento, dilatación y ruptura de membranas, y se reportaron a partir del 25 de septiembre de

¹⁸ Nápoles, MD., Couto, N., & Montes de Oca, G. “*Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto*”. Medisan, vol. 16, No.5, Santiago de Cuba, mayo de 2012

¹⁹ NOM-007-SSA2-2016, numerales 5.5.10 y 5.5.11

²⁰ *Ibidem*, párrafo 5.5.11

ese año. La Opinión Médica de este Organismo Nacional, confirmó que no se vigilaron las contracciones uterinas cada 30 a 60 minutos, las modificaciones cervicales, el descenso de la presentación cada hora, ni los signos vitales cada dos, lo que contribuyó a pasar inadvertidas la dilatación estacionaria y fase latente prolongada, que presentaba V, aumentando su riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

80. Se advierte que el 23 de septiembre de 2017 a las 12:00 horas, AR2 valoró a V describiendo tacto vaginal sin pérdidas transvaginales, cérvix posterior dehiscente a un dedo y borramiento del 40%, estableció el diagnóstico de primer embarazo y óbito fetal de 35 semanas de gestación por fecha de última menstruación, indicando continuar vigilancia.

81. A su vez, el 24 de septiembre de 2017 a las 08:30 horas, AR3 revisó a V describiendo cérvix posterior sin modificaciones cervicales, estableció la impresión diagnóstica de embarazo de 34 semanas de gestación por fecha de última menstruación y óbito.

82. En este tenor, la Comisión Nacional destaca que del 22 al 24 de septiembre de 2017, al encontrarse V en trabajo de parto en fase latente con duración aproximada de 32 horas, debía de ser atendida por un médico especialista en ginecología y obstetricia lo que no ocurrió durante esos días, sino hasta el 25 cuando es atendida por SP2.

83. Se advirtió que V cursaba con 32 horas en trabajo de parto, pero en el manual de *“Manejo de las complicaciones del embarazo y el puerperio: Guía para obstetras y médicos”* de la OMS, recomienda un régimen de tratamiento activo con *“oxitocina”* y *“amniotomía”*. Derivado de lo anterior, el 24 de septiembre de 2017 a

las 10:26 horas, AR3 indicó manejo de paciente con “*oxitocina*” y posteriormente a las 16:00 horas prescribió retirarla, sin precisar la causa.

84. Ahora bien, este Organismo Nacional considera que el tiempo que transcurrió desde el momento en que V llegó al Hospital General (22 de septiembre a las 23:40 horas), hasta el día en que se le extrajo el producto de la gestación por SP2 (26 de septiembre a las 13:15 horas), habían pasado más de 84 horas; lo anterior demuestra la inadecuada valoración y vigilancia durante el trabajo de parto que recibió V, lo cual aumentó el riesgo de pasar inadvertidas distocias tales como la dilatación estacionaria y la fase latente prolongada, aumentando la morbilidad y mortalidad materna, debido a un mayor riesgo de agotamiento materno, hemorragia posparto y septicemia.

C. Incumplimiento del Hospital General en las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud.

85. En el presente caso, esta Comisión Nacional advierte que hay incumplimiento del Hospital General en las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud, ya que V tuvo diversos obstáculos para disfrutar del derecho a la protección de la salud, al haber una serie de inconsistencias, omisiones y vulneraciones en la prestación de la atención médica y no contar con elementos esenciales en el Hospital General para su eficaz desempeño, como medicinas, equipo médico y análisis de laboratorio.

86. Sobre esta cuestión el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (Comité DESC), apunta que todos los

servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad²¹.

87. La *disponibilidad* se refiere a la infraestructura, bienes, servicios, y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud. En el caso en concreto la disponibilidad es primordial para el desarrollo y bienestar de una colectividad, para garantizar su derecho a la protección de la salud, e implica que deben cumplir con las condiciones sanitarias necesarias para la correcta prestación del servicio de salud²².

88. El principio de *calidad* requiere que los bienes y servicios de salud posean parámetros adecuados, confiables, higiénicos y que las instalaciones se encuentren en óptimo estado. “*Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas*”²³.

89. En este sentido, se advirtió que, por cuanto hace al segundo ultrasonido, el 23 de septiembre de 2017, SP1 describió en sus anotaciones de trabajo social que AR2 comentó la necesidad de realizar ultrasonido obstétrico, sin embargo, informó que no se había efectuado porque la ambulancia trasladó a un paciente grave al Hospital General Libres, refiriendo que al día siguiente se realizaría lo más temprano posible.

90. Posteriormente, el 24 del mismo mes y año, a las 08:15 horas, SP1 describió en sus anotaciones que había llamado muy temprano a un médico particular para

²¹ Observación General 14, “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, 11 de agosto de 2000, párrafo12.

²² Recomendación 25/2018, párrafo 156.

²³ Ídem, p. 157.

preguntar si ya estaba en servicio, quien le informó que enviara a V a las 09:00 horas para un ultrasonido. A las 08:50 horas, se envió a V en ambulancia acompañada de “familiar y enfermera”, y a las 09:22 horas el médico particular realizó ultrasonido obstétrico, corroborando el diagnóstico de óbito de 34.6 semanas de gestación.

91. Se destaca que aún y cuando AR1 practicó el día 22 de septiembre de 2017, rastreo ultrasonográfico a V, determinando que el producto de la gestación se encontraba obitado, AR2 estableció la necesidad de realizar un segundo ultrasonido para mayor tranquilidad de los familiares y confirmar óbito.

92. V, en su escrito de queja reveló que “los médicos que [la] estaban atendiendo les pidieron a [Q1] y [Q2] que compraran un medicamento que se llama “oxitocina”, ya que no contaban con el mismo el cual era necesario para que “[l]e provocara dolores de parto y tuviera un parto normal”, lo que causó tuvieron que erogar \$150.00.

93. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, AR3 indicó “soluciones Hartman de 100 cc más cinco U5 oxitócica a 16 gotas por minutos” y en la nota de evolución sin fecha, suscrita por SP3 se asentó que, “se iniciaría conducción con oxitócica de acuerdo a modificaciones cervicales”. Lo anterior permitió concluir que durante su estancia en el Hospital General se le aplicó dicho medicamento según el registro de enfermería de 24 de septiembre, para efecto de inducir el trabajo de parto. De las constancias que integran el expediente clínico no es posible determinar de qué manera se obtuvo la “oxitocina”, esto es, si tal medicamento fue proporcionado por los familiares de V o por el propio Hospital General.

94. Además, V proporcionó nota de compra de *“02 soluciones glucosa al 5% de 1000”*, la cual de acuerdo al artículo 38 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, *“las dependencias y entidades del sector público que presenten servicios de atención médica, se ajustarán a los cuadros básicos de insumos del sector salud, elaborados por el Consejo de Salubridad General”*, así el *“Cuadro básico y catálogo de medicamentos establecido por el Consejo de Salubridad General edición 2017”* en el Grupo 9 correspondiente a la especialidad de *“Ginecología y Obstetricia”* se encuentra la *“oxitocina”* y en el Grupo 21 de *“Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma”* se encuentra el cloruro de sodio y glucosa, por lo que el Hospital General tenía la obligación de contar con ellos por ser parte de los insumos básicos y necesarios para brindar atención obstétrica.

95. Lo anterior, implica el incumplimiento de la NOM-016-SSA3-2012, *“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”*, en su numerales 6.1, 6.5.2.3. y 6.5.2.3.1 previene que: *“Las disposiciones de infraestructura y equipamiento, aplicarán en lo general, de acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad y capacidad de resolución que define el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y en lo particular, con las especificadas en esta norma”*, además de que dichos nosocomios deberán contar con un *“Área para estudios por ultrasonografía”* y que *“...para realizar estudios utilizando ultrasonido [...] debe tener acceso a un vestidor con sanitario y tener las dimensiones necesarias para la colocación del mobiliario y equipo...”*.

96. Por otra parte, en cuanto a la atención médica, se observa en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional que V recibió atención médica por parte de AR1, AR2 y

AR3 quienes tenían los conocimientos necesarios para proporcionar atención médica a V, sin embargo, por el trabajo de parto disfuncional que presentó la paciente, era importante que fuera valorada y vigilada por personal médico especializado en Ginecología y Obstetricia.

97. Con base en lo anterior, es posible inferir la carencia de personal médico en el Hospital General, en el caso particular de Ginecología y Obstetricia, el cual es de vital importancia para otorgar atención médica oportuna y de calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, lo que en el presente caso no ocurrió.

D. Principio del interés superior de la niñez.

98. Este Organismo Nacional considera necesario advertir que la condición que V tiene como adolescente, favoreció y potenció el menoscabo de sus derechos humanos. Al respecto, el referido artículo 4º, párrafo noveno, de nuestra Carta Magna dispone: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez”*. Este principio se reitera en el artículo 2º, fracción III, de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla.

99. Este Organismo Autónomo observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niñas, niños y adolescentes, específicamente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello se considera relevante

recordar el principio de interés superior de la niñez y la garantía de protección de su derecho.

100. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas integró en su artículo 3.1, que “[...] *en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño*”.

101. En ese contexto resulta importante destacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoce que el interés superior del niño “*se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades*”²⁴; asimismo que “[...] *los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte [...] y el Estado [...] su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona [...]*”²⁵.

102. La observancia de este principio universal en las mujeres adolescentes no puede dejar de ser aplicable por el hecho de estar embarazadas y/o ser madres, esta condición no las extrae de la esfera de protección. La vulnerabilidad en la que

²⁴ Corte IDH “Caso Furlán y Familiares vs. Argentina”, Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, 31 de agosto de 2012, p.126.

²⁵ CortelDH “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas de 16 de noviembre de 2009, p. 408.

se encuentran las adolescentes embarazadas por la conjunción de diversos factores que la propician tiene repercusiones en sus derechos, como en el presente caso.

103. Esta Comisión Nacional advierte que se vulneró el interés superior de la niñez, al no haberse establecido por parte del Estado, las condiciones mínimas que permitieran a V de gozar de servicios de atención médica, adecuados, integrales y de calidad, mismos que no le fueron otorgados, habida cuenta del deber reforzado que el Estado tiene cuando la atención médica se brinda a las mujeres adolescentes.

104. Además, considerando que V pertenece a una comunidad indígena, su edad, sus condiciones sociales y económicas prevalecientes en su lugar de origen, el personal médico debió brindar un trato adecuado, no obstante, AR4 de acuerdo al escrito de queja de V y Q1 lo hizo de manera *“prepotente y grosera y reclamándoles por haberse quejado ante la Secretaría de Salud del Estado”* aunado a que también le reclamó a V el que haya acudido con parteras tradicionales de su comunidad.

105. Para esta Comisión Nacional es menester señalar que, V en ejercicio del derecho que tiene toda mujer a disfrutar de un parto humanizado, en el que tome el control de su cuerpo y en la medida que esto sea posible, podía decidir con quién y en dónde quería atenderse, de ahí que tomara la decisión de acudir con una partera tradicional.

106. Tratándose de las mujeres indígenas, la partería tradicional reviste una especial importancia ya que, respecto de los servicios de salud alternos muchas veces tienen *“temor a ser regañadas y maltratadas por el personal de salud [...], miedo a que “las corten” (operación de cesárea) y están en desacuerdo con el*

exceso de valoraciones ginecológicas (tactos vaginales) durante el monitoreo para el parto, [...] el modelo de partería tradicional les resulta más económico y accesible porque resuelve necesidades básicas durante el embarazo, parto y postparto que el sistema de salud tiende a ignorar. La práctica de las parteras es valorada y las mujeres mantienen la conexión con ellas durante varios partos y embarazos. Se establece una relación de confianza donde la partera cuida de la mujer (sobándola, dándole consejos, animándola y brindándole confianza) y deshace los miedos que experimenta al enfrentarse por primera vez al parto o a un parto con riesgo. La partera logra atender un parto vía vaginal aun si el médico/a indicó un parto por cesárea”²⁶.

107. En este sentido, las condiciones y características de V incidieron en el deseo que tuvo de acudir con una partera tradicional fue mayor, ya que como se ha dicho las parteras generan un vínculo especial con las mujeres embarazadas en donde estas se sienten con mayor confianza y apoyo.

108. La partería no solo influye en tener un parto más humanizado, incide también en la mortalidad materna, al respecto, la *“Comisión Nacional hace énfasis en que para disminuir la mortalidad materna de las mujeres indígenas, es necesario incorporar una perspectiva intercultural conforme a la cual se protejan sus derechos, plantear políticas públicas con enfoque de derechos humanos, e identificar nuevos actores en la provisión de los servicios de salud materna, como son aquellos que tienen experiencia en la partería profesional”²⁷*

²⁶ ONG Observatorio de Mortalidad materna en México, *“La partería en México desde el punto de vista de las usuarias”*, capítulo: *“Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto en zonas rurales del estado de Yucatán”*, Gloria Uicab y Mercedes Juárez. Resultados, p. 2.

²⁷ CNDH, Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*. Ciudad de México, 31 de julio de 2017, p. 168.

109. La actividad de las parteras tradicionales a lo largo de los años ha recorrido un largo camino de reconocimiento legal e institucional conllevó a su profesionalización sin olvidar sus orígenes, de tal suerte que “[u]na partera es una profesional autónoma que, habiéndose formado en partería, a través de sistemas educativos formales, informales o tradicionales, ha adquirido las competencias y el reconocimiento de un órgano autónomo integrado por parteras. La partera acompaña a la mujer tomando en cuenta su cultura, sus necesidades y sus creencias”²⁸.

110. Así, la propia Secretaría de Salud ha destacado que “[l]as parteras tradicionales son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano [...], [e]n México, la partería tradicional es una parte sustantiva de la medicina tradicional indígena, la cual es considerada como un “sistema completo de salud”. Esta cuenta con todo un modelo tradicional de atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido, el cual ha sido muy desarrollado a nivel mesoamericano”²⁹.

111. Además, “respecto a la medicina tradicional en general, acuerdos internacionales de carácter vinculante como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes suscrito por México en 1990, y la Declaración de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, refieren los derechos que poseen los pueblos indígenas de utilizar y aprovechar su medicina y partería tradicional. En

²⁸ Asociación Mexicana de partería, “¿Qué es una partera?”.

²⁹ Secretaría de Salud, “Guía para la Autorización de las Parteras Tradicionales como Personal de Salud no profesional”, Introducción y Antecedentes, p. 2.

México la partería tradicional está sustentada en el reconocimiento de la medicina tradicional, tanto en los artículos 1º y 2º de la Constitución Mexicana, como en los artículos 6º y 93 de la Ley General de Salud (LGS). Específicamente la figura de la partera tradicional esté reconocida en el artículo 64 de la LGS, que especifica que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”³⁰

112. Respetar y garantizar la medicina tradicional, por parte del Estado, así como las practicas que de ella emanan no sólo permite su existencia a través de su constante transmisión de generación en generación, sino que además incide en la supervivencia misma de los pueblos y comunidades indígenas y tratándose específicamente de la partería tradicional, esta implica el reconocimiento de la mujer indígena, más aún cuando son menores de edad como en caso de V.

113. Lo anterior también conlleva a reconocer su derecho en la toma decisiones que afectan su cuerpo y asegurar su salud y bienestar. Un embarazo que se viva con pertinencia cultural contribuye al empoderamiento de la mujer, mejora su calidad de vida, garantiza sus derechos humanos, pero sobre todo la visibiliza.

114. Por lo que con tales actos, AR4 incumplió los artículos expuestos de la Ley General de Salud al desconocer a la partería tradicional como parte de la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, los artículos 50, fracciones I y II, párrafo tercero, de la Ley General de los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes; 6.2, 24 incisos a, b y d, de la

³⁰ *Ídem*, Antecedentes Internacionales y Marco Legal, pp. 4 y 5.

Convención sobre los Derechos del Niño; 1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, y los artículos 2, 3, 5 y 25 del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales.

E. Inadecuada integración del expediente clínico.

115. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido 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”*³¹.

116. 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”*³².

117. 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 [...] 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*

³¹ Comité DESC de la ONU, Observación General N° 14: *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (artículo 12), párrafo 12.b.

³² *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, p. 68.

*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 [...]*³³.

118. En la Recomendación General 29 de esta Comisión Nacional “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, se consideró que “*la debida integración de un expediente clínico 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*”.³⁴

119. Esta Comisión Nacional recuerda que la apropiada integración del expediente clínico es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, el historial inherente a su tratamiento y permite conocer la verdad sobre hechos relacionados con la atención médica; por lo que, las instituciones de salud son responsables de su cumplimiento.

120. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional en la que se analizó el expediente clínico de V, se advierte que en algunas de las constancias no se registró hora, fecha y el nombre del personal médico tratante, sin embargo de forma puntual se encontró una deficiente integración del partograma, la gravedad de tales omisiones radica en que no se permitió llevar una adecuada vigilancia del trabajo de parto, contribuyendo, como se ha precisado, a que pasaran inadvertidas las

³³ Introducción y numeral 4.4.

³⁴ CNDH. 31 de enero de 2017, p. 35.

anormalidades que se estaban presentando (distocias), como: dilatación estacionaria y fase latente prolongada, lo que aumentó el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

121. Al respecto, en el caso de V, es importante recordar que *“toda [...] persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. [...] no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre [...]”*. Por lo que, es fundamental que las instituciones de salud tomen medidas especiales cuando la información contenida en el expediente clínico sea integrada para una persona en situación de vulnerabilidad³⁵.

F. Responsabilidad.

122. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidades en el desempeño de sus funciones por no haber brindado adecuada atención médica a V durante su estancia en el Hospital General, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en el apartado correspondiente, mismas que configuraron violaciones al derecho de protección a la salud de V; de manera específica AR4 debido al cargo directivo que ostentaba, tenía obligaciones concretas en el ejercicio de esa labor que recaen en el funcionamiento del Hospital

³⁵ CNDH, Recomendación General 29/2017, p. 48.

General, incluyendo la forma en la que se dirigió a V, incumpliendo sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en los artículos 1 y 7, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; y 33, fracción II, 61 Bis de la Ley General de Salud, en correlación con los artículos 72 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 25; 26 fracción I; 29 fracciones II, III, IV y XIII; 30, 32-35, 43-44, 47-48 y 56-58 de la Ley Estatal de Salud; 1, 2 y 5 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos; y 125 fracción I de la Constitución Política de Puebla.

123. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado del Hospital General.

F.1. Responsabilidad Institucional.

124. Esta Comisión Nacional, advirtió la carencia de insumos médicos, así como la falta de disposición inmediata de la ambulancia y suficiencia de personal médico especializado en Ginecología y Obstetricia para atender las necesidades del nosocomio, lo que permite acreditar una responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta las evidencias de la presente Recomendación, este

Organismo Nacional considera, que se generó un gasto innecesario a V, Q1 y Q2 con motivo de la compra de la “*oxitocina*”, pues esto, incumple con el adecuado deber de proporcionar atención médica, lo que constituye una falta en la garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias de los servicios de salud.

125. También se apreciaron violaciones a la norma oficial mexicana NOM004-SSA3-2012 “*Sobre expediente médico*”, por lo que es necesario que el Hospital General refuerce sus acciones para cumplirla, en términos de la Recomendación General 29/2017 de este Organismo Nacional.

G. Reparación integral del daño.

126. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley, por las violaciones a derechos humanos cometidas y que han quedado precisadas en la presente Recomendación. Para tal efecto, de conformidad con los artículos 1; 2 fracción I; 4; 7 fracciones II, VI, VII y VIII; 27, 64 fracciones I y II; 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II; 106; 110 fracción IV, 111, 112, 126 fracción VII;

130; 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá de reparar integralmente el daño a las víctimas por las violaciones a sus derechos humanos y que se detallaron en la presente Recomendación.

127. Por lo que se le deberá reparar el daño a V, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado señaladas en la presente Recomendación, así como su inscripción ante el Registro Estatal de Víctimas, en términos de la Ley General de Víctimas y de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla que en su artículo 2, primer párrafo, establece que *“[e]l Estado reconoce como derechos básicos en favor de las víctimas: el derecho a la verdad; a la justicia; a la reparación integral; a que la violación de sus derechos humanos por abuso del poder del Estado o sus funcionarios, no se repita; y a que se le reconozca como víctimas con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos, en términos de esta Ley”*.

128. Por su parte el artículo 45 prevé que para ser beneficiarios del apoyo de los fondos a que se refiere esa Ley, *“además de los requisitos que al efecto establezca el Reglamento, las víctimas deberán estar inscritas en el Registro Estatal de Víctimas y anteceder una evaluación integral de su entorno familiar y social con el objeto de contar con los elementos suficientes para determinar las medidas de ayuda, asistencia, protección, reparación integral, y en su caso, la compensación”*.

a) Medidas de rehabilitación.

129. Como consecuencia de las afectaciones ocasionadas a V, por la inadecuada atención médica se deberá de proporcionarle atención psicológica, ésta deberá ser prestada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, a través de atención

adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

130. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para ella, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir, en su caso, la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

131. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

132. Deberá aportarse la presente Recomendación como uno de los documentos base de la investigación administrativa que se inicie en contra de las personas servidoras públicas referidos en el apartado de responsabilidad correspondiente.

133. Además, deberá incorporarse copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de las autoridades responsables, a fin de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

c) Garantías de no repetición.

134. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan, por lo que

se deberá dotar al Hospital General de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

135. Además, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General un curso integral y un taller de capacitación en materia de a) Derecho a la protección a la salud, específicamente sobre los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, y b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez e indígenas.

136. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, 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.

d) Compensación.

137. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud de V, la autoridad responsable deberá indemnizarla en términos de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla, y complementariamente de la Ley General de Víctimas. Para ello, deberán tomar en consideración los siguientes

elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Biopsicosocial, y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

138. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso³⁶, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquel que puede *“comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.

139. Por lo anterior, en el daño material debe de considerarse el daño emergente que pudo haber ocurrido con motivo de la atención médica de V, así como el proyectado a un futuro por la atención médica especializada que requerirá, como otros recursos necesarios para que V pueda desarrollarse adecuadamente. Adicionalmente, respecto del daño inmaterial o moral, esta Comisión no pierde de vista las graves y profundas consecuencias que representan para V los hechos en el presente caso; por lo que estima indispensable que se tome en cuenta la condición de V, y el impacto de ello en su desarrollo.

³⁶ “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”, Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 147; “Caso Bulacio Vs. Argentina”, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia” de 18 de septiembre de 2003, p. 90.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted, señor Gobernador del Estado de Puebla, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se repare integralmente el daño ocasionado a V, en términos de la Ley de Protección a las Víctimas para el Estado de Puebla y en su caso de la Ley General de Víctimas, que incluya atención médica, psicológica y tanatológica, y se le inscriba en el Registro Estatal de Víctimas a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas de violaciones de Derechos Humanos, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y queja que se presente ante la Secretaría de la Contraloría del Estado de Puebla, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En el plazo de seis meses, tome las medidas necesarias de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General cuente con los insumos necesarios para brindar servicios médicos con calidad. De manera especial deberá contar con la disponibilidad en cualquier turno y todos los días, incluyendo fines de semana y días festivos, de personal médico especializado suficiente en Ginecología y Obstetricia; contar con los medicamentos indispensables para la atención de mujeres embarazadas, en parto y puerperio, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el Hospital General a todo el personal, incluyendo de dirección, en el plazo de 6 meses, los cursos de capacitación sobre las normas mexicanas oficiales y las Recomendaciones Generales descritas en la presente Recomendación. Éstos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado y reconocimiento de la partería tradicional para sensibilizar al personal de salud; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General y de la Jurisdicción Sanitaria 3, “Zacapoaxtla”, Puebla, en la 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.

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

140. 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 1, 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.

141. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

142. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

143. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores público, 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 a la legislatura de la entidad federativa su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ