



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 2 / 2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V2, A LA VIDA, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS DE CIUDAD MADERO, TAMAULIPAS

Ciudad de México, a 11 de Febrero de 2019

**ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3, 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 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/3790/Q**, relacionado con el caso de V1 y de V2.

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 fracción I 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 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 Regional de Petróleos Mexicanos en Ciudad Madero, Tamaulipas	Hospital PEMEX

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

I. HECHOS.

4. El 9 de mayo de 2018 se recibió, en esta Comisión Nacional, por razón de competencia, la queja que V1 interpuso ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas (Comisión Estatal), en la que describió violaciones a derechos humanos atribuibles a personal del Hospital Regional de Petróleos Mexicanos en Ciudad Madero de esa entidad (en lo subsecuente Hospital PEMEX) con motivo de la deficiente atención médica que V1 recibió durante el parto, en la cual su hijo V2, perdió la vida.

5. V1, mujer de 26 años, quien cursaba un embarazo de 27.5 semanas de gestación, con antecedente de cesárea previa, diagnóstico de diabetes gestacional y obesidad, acudió a atención prenatal desde el 19 de julio de 2017 al Hospital PEMEX, en donde se determinó que su embarazo era de alto riesgo.

6. Debido a este diagnóstico, en su cita del 27 de septiembre de 2017, con 37.6 semanas de gestación, AR2 con el fin de evitar complicaciones le ofreció a V1 la colocación de una “sonda de doble balón¹” para inducir el parto de manera programada.

7. V1 describió que el 3 de octubre del 2017, con 38.5 semanas de gestación ingresó al Hospital PEMEX para dicho procedimiento; en esa ocasión se intentó colocarle el método para inducción mecánica del parto sin éxito.

8. En el área de ginecología, AR2 y dos médicos residentes intentaron colocarle la sonda en tres ocasiones sin éxito, V1 refirió que presentó un ligero sangrado y dolor

¹ “Simplifique los procedimientos de dilatación previa a la inducción del parto. Cervical”, Catéter de doble balón de silicona y un estilete maleable de longitud ajustable. Está indicado para la dilatación mecánica del canal cervicouterino, antes de la inducción del parto a término cuando el cuello uterino no está en condiciones favorables para la inducción. Ripening Ballon With Stylet. Cook Medical.

muy intenso, por lo que se le dio una nueva cita para el 9 de octubre a las 18:00 horas, para ser internada e iniciar la labor de parto.

9. El 9 de octubre de 2017 conforme a la cita programada, V1 se presentó en el Hospital PEMEX, donde AR1 intentó por cuarta vez colocarle la sonda sin éxito. V1 refirió que fue lastimada y que AR1 ordenó suspendiera su colocación de la misma e indicó la aplicación de *“misoprostol”*, por ello, personal médico llamó al esposo de V1, quien autorizó su hospitalización.

10. Previamente a la aplicación del medicamento se realizó un ultrasonido a V1, observando que V2 se encontraba en buenas condiciones, por lo que aproximadamente a las 20:00 horas se le suministró media pastilla de *“misoprostol”*. V1 refirió que como a la media noche presentó contracciones muy fuertes y dolorosas, que cada vez eran más intensas y le ocasionaban un dolor insoportable. Que durante este tiempo personal médico y de enfermería se retiraron a dormir y a pesar de que gritaba para que alguien le ayudara debido al dolor que sentía, no atendían sus peticiones, aun cuando habían transcurrido varias horas. V1 destacó en su queja tener conocimiento de que el medicamento que le administraron, *“misoprostol”* tiene contraindicaciones en cesáreas previas y es utilizado para abortos.

11. La siguiente revisión se llevó hasta las 07:00 horas del 10 de octubre de 2017, en la que se constató que sólo había dilatación de 1 cm. Durante varias horas más, V1 continuaba presentando fuertes dolores y refirió percibir movimientos exagerados en el vientre. Dolores que a las 10:17 repentinamente cesaron, comenzando a salir un líquido, por lo que se indicó una cesárea urgente, siendo preparada para quirófano.

12. Es hasta las 11:18 horas de ese día que se le practicó a V1 la cesárea, naciendo un niño (V2) con Apgar² de 0/2, quien presentó sufrimiento y asfixia fetal, ingresándolo al área de Terapia Intensiva, donde permaneció por 7 días recibiendo atención médica. V1 señaló que durante ese tiempo, tanto ella como V3, visitaban a V2 y podían tener contacto físico con él; le informaron que le harían un encefalograma a su hijo, pero no fue así.

13. V2 permaneció en el área de Cuidados Intensivos Neonatales bajo seguimiento, pero el 17 de octubre de 2017, perdió la vida a las 06:35 horas, asentándose como causas de muerte en el Certificado de Defunción: “*choque cardiogénico*³, *encefalopatía*⁴, *cardiomiopatía isquémica y asfixia del nacimiento severa*”.

14. V1 refirió no haber recibido atención adecuada durante el parto, ya que a pesar de presentar diabetes gestacional, embarazo de alto riesgo y una cesárea previa, lo que derivó en el fallecimiento de V2, motivo por el cual solicitó la intervención de la Comisión Estatal.

II. EVIDENCIAS.

15. Oficio 1407/18 de 26 de abril de 2018 de la Comisión Estatal, mediante el cual remitió a este Organismo Nacional la queja de V1 por actos atribuidos a personal del Hospital PEMEX, al que se adjuntaron entre otras, las siguientes constancias:

15.1 Certificado de nacimiento de V2 del 10 de octubre de 2017.

15.2 Certificado de defunción de V2 del 17 de octubre de 2017.

² La evaluación Apgar proporciona información acerca de la salud física del bebé y ayuda al médico a determinar si se requiere tratamiento médico inmediato o futuro. La Primera Prueba del Niño: Apgar. American Pregnancy Association.

³ Estado de shock causado por el fallo primario del corazón en el mantenimiento de un gasto cardiaco adecuado para mantener las funciones basales de los distintos órganos. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. ESPASA Siglo XXI, 2001.

⁴ Cualquier alteración de la estructura o función del sistema nervioso central. Ibid.

15.3 Acta de nacimiento de V2 expedida por el Registro Civil del Estado de Tamaulipas de 26 de octubre de 2017.

15.4 Acta de defunción de V2 expedida por el Registro Civil del Estado de Tamaulipas del 31 de octubre de 2017.

16. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-1222-2018 de 11 de julio de 2018, mediante el cual Petróleos Mexicanos rindió el informe requerido por este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2, al cual se adjuntaron entre otras las siguientes constancias:

16.1 Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital PEMEX.

16.2 Expediente clínico de V2 integrado en el Hospital PEMEX.

16.3 Informes rendidos por el personal involucrado en la atención del parto de V1 y la atención médica a V2 en el Hospital PEMEX.

16.4 Oficio SRLSP-GRRLSPN-SAPT-DPHRCM-4-306-2017 de 28 de noviembre de 2017, en el cual se informó al Hospital PEMEX que a esa fecha no había sido proporcionado la opinión técnica médica en el proceso disciplinario.

16.5. Informe de 6 de julio de 2018 rendido por la Dirección Corporativa de Administración y Servicios Subdirección de Servicios de Salud del Hospital PEMEX en atención al requerimiento enviado por este Organismo Nacional.

17. Acta Circunstanciada de 16 de enero de 2019, mediante la cual esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica con V1, quien entre otras manifestaciones expresó que no presentó denuncia penal con motivo de los hechos.

18. opinión médica de este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2, emitida el 21 de enero de 2019.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

19. Sobre el caso de V1 y V2, PEMEX informó a este Organismo Nacional, que mediante Acta SAPT-DPHRCM-2015-2017 del 8 de noviembre de 2017, inició proceso de investigación laboral sobre los hechos, que se concluyó el 28 de noviembre de 2017, sin contar con una opinión técnica-médica al respecto, y que no se dio vista a la Unidad de Responsabilidades del Organismo.

20. En la investigación de carácter laboral se argumentó que conforme el término prescriptivo del artículo 517 fracción I de la Ley Federal del Trabajo, no se contaba con el tiempo suficiente (de un mes), para poder disciplinar las posibles faltas que pudieran resultar, aun cuando no se contaba con opinión médica del expediente.

21. Por su parte, V1 dio a conocer que no presentó denuncia penal alguna por los hechos.

IV. OBSERVACIONES.

22. En atención a los referidos hechos y evidencias del expediente **CNDH/4/2018/3790/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos, a una vida libre de violencia; al acceso a la información de V1; a la protección a la salud de V1 y V2, y a la vida e interés superior de la niñez de V2.

A. Derecho a la protección de la salud.

23. En el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia administrativa que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud*

de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”⁵.

24. Esta Comisión Nacional considera 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 [...]*”⁶.

25. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el 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*”⁷.

26. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su numeral 12.2 establece que “[...] *los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario [...]*”.

27. Sobre el derecho a la protección de la salud, específicamente en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité CEDAW de la Organización para

⁵ “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009 y registro 167530.

⁶ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

⁷ ONU, 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, 2000.

las Naciones Unidas (ONU), en su Recomendación General 24 señala que “[...] *el acceso a la atención de 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 [...]*”⁸.

28. Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su “*Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, previno 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/o 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*”⁹.

A.1 Atención prenatal de V1 en el Hospital PEMEX.

29. Durante su control prenatal en el nosocomio referido, V1 acudió a consultas para supervisión de su embarazo en las siguientes fechas: 19, 20, 25 de julio; 22, 23, 30 de agosto y 6, 16, 23 y 27 de septiembre del 2017. Durante tales consultas se observaron datos importantes de riesgo que presentaba: hematoma en la placenta, dos amenazas de aborto previas, sobrepeso que evolucionó en obesidad, anemia y diabetes gestacional, del estado de V2 no se reportaron condiciones anormales.

30. Durante las citas de control prenatal a las que acudió V1, en particular el 23 de agosto de 2017 y del análisis de las constancias médicas, se observó que AR1 no

⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, “*Artículo 12 de la CEDAW, La mujer y la salud*”. Párrafo 1.

⁹ Párrafo 84.

solicitó estudio ultrasonográfico para monitorización del crecimiento fetal y cuantificación del líquido amniótico.

31. El 6 de septiembre de 2017, AR1 omitió solicitar prueba sin estrés (PSS) semanal hasta el término de la gestación, glucemia en ayuno, 1 o 2 horas postprandiales, examen general de orina, urocultivo y cultivo vaginal, exámenes que están indicados en la Guía de Práctica Clínica de *“Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo para prevención de riesgos”*.

32. El 16 de septiembre de 2017, AR2 tampoco requirió glucemia en ayuno, una o dos horas postprandiales, examen general de orina, urocultivo y cultivo vaginal, tal como lo indica la referida Guía.

33. Por lo tanto, es posible determinar que AR1 y AR2 no realizaron una adecuada vigilancia del control prenatal, aun cuando el embarazo estaba considerado de alto riesgo por la diabetes gestacional que presentaba V1, situación que implica una violación al derecho de V1 de recibir una adecuada atención integral y de calidad durante su embarazo.

34. El 27 de septiembre de 2017, considerando las condiciones de alto riesgo del embarazo de V1, AR1 le ofreció parto programado para disminuir las *“complicaciones materno-fetales en pacientes con diabetes gestacional”*, mediante la colocación de una sonda de doble balón¹⁰.

35. El 3 de octubre de 2017 a las 08:26 horas, V1 asistió al área de ginecología del Hospital PEMEX con 38.5 semanas de gestación; del Registro Cardiotocográfico (RCTG) practicado a V1 se confirmó el bienestar fetal de V2. AR2 procedió a intentar en dos ocasiones la inserción del catéter de doble balón para comenzar labor de

¹⁰ Método mecánico de maduración del cérvix e inducción del trabajo de parto.

parto sin tener éxito, por lo que decidió esperar para reintentar el protocolo de colocación en seis días posteriores, dándole cita para el 9 de octubre de 2017.

A.2 Atención del parto de V1 en el Hospital PEMEX.

36. El 9 de octubre de 2017, a las 08:17 horas, V1 asistió al Hospital PEMEX, donde AR1 le practicó revisión y un RCTG, en el que se detectó frecuencia cardiaca fetal normal, corroborándose con ello el bienestar fetal y estableciéndose que no presentaba complicaciones obstétricas ultrasonográficas.

37. En ese sentido, AR1 realizó el intento de maduración mecánica del cérvix con colocación de “sonda de doble balón”, la cual no fue exitosa, por lo que se determinó ingresar a V1 para inducción del trabajo de parto a base de “*misoprostol*”, según se asentó en la nota médica elaborada.

38. Ese día, después de hacer diversos estudios prescritos, a las 20:00 horas AR1 indicó la hospitalización de V1 y la inducción del trabajo de parto a base de “*misoprostol*”, con una dosis de 25 microgramos vía vaginal cada 6 horas, con previa valoración médica y entre otras indicaciones estableció la necesidad de ejercer “*Vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y registro cardiotocográfico por turno*”.

39. En cuanto a las manifestaciones expresadas por V1 en su escrito de queja sobre el medicamento “*misoprostol*” que se encuentra “*contraindicado en cesáreas previas y es utilizado para abortos*”, es pertinente aclarar que, de acuerdo con la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional, este fármaco es utilizado para la inducción del trabajo de parto, con evidencia científica de su seguridad y eficacia al ser usado de manera apropiada.

40. Posteriormente, a las 22:30 horas, se le administró a V1 la primera dosis de “*misoprostol*” de 25 mcg vía vaginal. La siguiente revisión a V1 fue realizada por

AR3 el mismo día a las 23:51 horas, en la cual se determinó que no presentaba datos de riesgo y entre otras indicaciones, instruyó la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y RCTG.

41. El 10 de octubre de 2017 a las 02:04 horas, AR1 valoró a V1 y realizó el RCTG reportando bienestar fetal. A las 02:25 horas, una enfermera registró la aplicación de la segunda dosis de 25 mcg de “*misoprostol*”.

42. En la opinión médica de este Organismo Nacional destacó que desde el 09 de octubre de 2017 entre las 20:00 y 20:27 horas, AR1 indicó la aplicación de 25 mcg de “*misoprostol*” vía vaginal, administrándose la primera dosis a las 22:30 horas. A partir de ese momento, se debió vigilar la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas continuamente como lo establece la Guía de Práctica Clínica de “*Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*” del Consejo de Salubridad General, debido al riesgo de hiperestimulación uterina generada por la administración de “*misoprostol*”, pero monitoreo no se realizó de manera adecuada.

43. Del análisis de los registros de la hoja de vigilancia y atención del trabajo de parto firmada por AR4 y un médico residente, en la opinión médica este Organismo Nacional se observó que el primer registro de las contracciones uterinas durante el procedimiento de inducción del trabajo de parto de V1, se inició a las **06:00 horas del 10 de octubre de 2017** y hasta el momento de la atención del parto, es decir 8 horas después de lo indicado, aun cuando por los riesgo de hiperestimulación uterina secundaria a “*misoprostol*” requería de la atención inmediata para registrar las contracciones uterinas desde la primera aplicación de dicho fármaco.

44. Se considera que hubo una inadecuada vigilancia y registro de la actividad uterina después de la aplicación de “*misoprostol*”, que impidió observar alteraciones

en las contracciones uterinas como las que presentó V1, y aumentó el riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal.

45. Además, desde las 06:00 hasta las 07:30 horas del 10 de octubre de 2017, se registraron 6 contracciones uterinas en 10 minutos; lo que implicaba que la paciente cursaba con un cuadro de taquisistolia¹¹. Es decir, durante aproximadamente una hora con 30 minutos, V1 presentó excesiva actividad uterina, que incrementó el riesgo de complicaciones materno fetales, tales como: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta¹² (DPPNI) y asfixia fetal.

46. De las 22:30 horas del 09 de octubre de 2017, a las 05:59 horas del siguiente, es decir, durante más de siete horas, no se realizó monitoreo y registro continuo de las contracciones uterinas a V1. Por lo que hace al registro de los parámetros de frecuencia cardiaca fetal, esta fue vigilada partir de las 23:30 horas del 09 de octubre 2017, hasta las 10:00 horas del 10 de octubre de 2017.

47. Lo analizado evidencia la inadecuada vigilancia del procedimiento de inducción del trabajo de parto a base de “*misoprostol*” de V1, exponiendo a madre e hijo a las complicaciones que puede generar el medicamento.

48. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional se puede determinar que la incorrecta vigilancia del binomio materno-fetal durante la administración de “*misoprostol*” para inducción del trabajo de parto, contribuyó con el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que posteriormente presentó V1, la subsecuente asfixia fetal, y las múltiples complicaciones de tipo respiratorio y neurológico que culminaron en el fallecimiento de V2.

¹¹ Más de cinco contracciones uterinas en 10 minutos.

¹² Proceso de implantación del óvulo fecundado en la decidua uterina a partir del cual se va a formar la placenta. Vargas PM. Desarrollo y fisiología placentaria. Obstetricia. Hospital de México. 2016: 1-10.

49. La primera dosis de “*misoprostol*” se aplicó a V1 a las 22:30 horas del 09 de octubre de 2017, y la segunda administración fue a las 02:25 horas del 10 de octubre de 2017, es decir, transcurrieron cuatro horas entre cada aplicación, cuando la indicación establecida por AR1 era administrar cada 6 horas.

50. En ese sentido, la Guía de Práctica Clínica de “*Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*”, determina que la frecuencia de administración no debe ser más que cada 3 a 6 horas. Aunque la segunda dosis de “*misoprostol*” se aplicó dentro del rango de tiempo establecido por la citada Guía de Práctica Clínica, una enfermera registró la segunda dosis de “*misoprostol*”, pero no describió los motivos por los cuales omitió seguir las indicaciones médicas prescritas por AR1.

51. A las 07:30 horas del 10 de octubre de 2017, AR3 del servicio de Ginecología y Obstetricia valoró a V1, y al realizar RCTG apreció que V2 presentaba frecuencia cardíaca fetal normal con datos de polisistolia¹³, lo que en consideración de la opinión médica de esta Comisión Nacional exigía evaluación y vigilancia tomando en cuenta las condiciones clínicas en que se encontraba V1 y las circunstancias relacionadas con su padecimiento (diabetes gestacional).

52. AR3 ordenó suspender la colocación de la tercera dosis de “*misoprostol*”, iniciando hidratación intravenosa y posterior valoración con RCTG. También, indicó toma de signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vigilancia de frecuencia cardíaca fetal, RCTG por turno y reportar eventualidades, reportando que se le otorgaron medidas de reanimación, sin que se estableciera el tipo de éstas.

53. De acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, resulta importante mencionar que AR3 indicó diferir la tercera dosis de “*misoprostol*” vía vaginal, pero en las constancias que integran el expediente, no se registró que se haya realizado

¹³ Más de 5 contracciones en 10 minutos.

exploración vaginal a V1, con la finalidad de confirmar o descartar la presencia de restos de dicho medicamento.

54. Lo anterior contraviene lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de *“Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención”*, que establece dentro de las acciones a recomendadas para evitar la actividad uterina anormal, que se debe retirar completamente el *“misoprostol”* administrado vía intravaginal o intracervical. En ese sentido, en la opinión médica de esta Comisión Nacional, se consideró que ésta aumentó el riesgo en la cavidad vaginal al dejar restos de dicho medicamento y continuaran los efectos secundarios del mismo.

55. Además, AR3 no especificó qué medidas de soporte o resucitación realizó, y si estaban relacionadas para los casos de actividad uterina anormal, tales como: colocar en posición decúbito lateral izquierdo y oxígeno con máscara. Por lo tanto, no se puede confirmar que se le hayan otorgado tales medidas, lo que incrementó el riesgo de sufrimiento fetal, aumentando la morbilidad y mortalidad de V2.

56. También AR3 indicó realizar RCTG posterior a la hidratación intravenosa. Como se constata del análisis de las constancias del expediente clínico, donde se observaron dos RCTG del 09 y 10 de octubre de 2017.

57. Respecto del RCTG indicado por AR3, de las evidencias del expediente clínico no se aprecia que se haya realizado. Situación, que era necesaria para considerar la interrupción del embarazo vía abdominal conforme a la Guía de Práctica Clínica de *“Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención”*, ya que, si se hubiese realizado el citado registro y la consecuente interrupción del embarazo de manera oportuna, hubiese incrementado la sobrevida de V2.

58. Posteriormente a las 10:17 horas del 10 de octubre de 2017, AR4 estableció que V1 se encontraba en sala de Tococirugía en inducción de trabajo de parto,

presentando dolor intenso 10/10 de acuerdo a la escala de EVA¹⁴ y, entre otros datos clínicos que presentaba (taquisistolia¹⁵ y útero hipertónico¹⁶, así como un centímetro de dilatación y sangrado transvaginal en cantidad moderada).

59. De acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional la triada de síntomas: hemorragia, dolor e hipertonia uterina¹⁷, son indicativos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, lo que hacía necesaria la implementación del RCTG, el cual confirmó una frecuencia cardiaca fetal normal, sin aceleraciones, con 6 a 7 contracciones uterinas en promedio. Lo que corroboró que V1 cursaba nuevamente con taquisistolia y presentaba un cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

60. Sobre esta condición médica, la Guía de Práctica Clínica de *“Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas”* del Consejo de Salubridad General recomienda efectuar la interrupción del embarazo expedita si existe desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Por ello, ante un probable cuadro de este padecimiento, AR4 decidió interrumpir el embarazo por cesárea, describiendo que V1 estuvo de acuerdo; existiendo constancia de que firmó y autorizó en el respectivo consentimiento informado.

61. El citado procedimiento quirúrgico, lo ordenó AR4 a las 10:17, pero se inició hasta las 11:18 horas, una hora después de la indicación.

¹⁴ La Escala Analógica Visual [EVA] consiste en una línea de 10 cm con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable.”

¹⁵ Más de cinco contracciones uterinas en 10 minutos, obtenidas como promedio de un período de observación de 30 minutos. Aragón, Hernandez J.P y otros. “Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso”. Ginecol Obstet Mex. 2017; 85(5): 314-324.

¹⁶ Firmeza del útero aumentada.

¹⁷ Cuando el tono basal del útero es superior a 12 mm Hg (milímetros de mercurio). Cobo González María y otros. “El uso de la Ritodrina en la hipertonia uterina. Revisión bibliográfica”. II Congreso Asociación de matronas de Madrid, XIV Congreso Federación de Asociación de matronas de España. 2015.

62. Para aquellos casos de cesárea urgente, la *Guía de Práctica Clínica de "Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas"*, establece que ésta es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica. Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizarla. La opinión médica de este Organismo Nacional describió que, en la práctica médica, sobre la cesárea urgente, el tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de ésta no deberá superar los 30 minutos.

63. Se refirió que la intensidad del desprendimiento varía según la rapidez de reacción de la mujer para consultar y recibir atención después del comienzo de los síntomas. En caso de demora, la posibilidad de una separación más extensa y la muerte fetal aumenta de manera considerable. Por ello, cuando el feto está vivo y se tiene la alta sospecha de que se trata de un desprendimiento prematuro de placenta donde generalmente hay sufrimiento fetal, el término de la gestación por la vía más rápida posible es la medida más adecuada, para los casos de las gestaciones de término.

64. Por ello, la dilación expuso al producto de la gestación a un medio hostil, generado por un inadecuado intercambio de gases y nutrientes provocado por el desprendimiento de placenta, incrementando el riesgo de complicaciones secundarias a la falta de oxígeno, de tipo neurológico, cardiovascular, respiratorio, renal e incluso la pérdida de la vida, con lo que se puede establecer que la demora en realizar la cesárea urgente contribuyó con el cuadro de asfixia hipóxico isquémica severa que presentó V2 a su nacimiento.

65. La opinión médica de este Organismo Nacional destacó que la demora en la interrupción del embarazo por cesárea, no solo comprometió la vida de V2, sino que incrementó el riesgo de que el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera se extendiera, exponiendo a V1 a complicaciones.

66. Durante el proceso de cesárea, nació V2 sin complicaciones quirúrgicas y posteriormente se procedió al alumbramiento de la placenta, observándose un desprendimiento mayor del 50%, considerado como grado III o grave¹⁸. V1 fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos post-anestésicos para su recuperación.

67. Ahí se le otorgó seguimiento médico y la evolución de su puerperio¹⁹ se desarrolló sin complicaciones post-quirúrgicas, decidiéndose su egreso por mejoría el 13 de octubre de 2017.

68. Este Organismo Nacional considera pertinente recordar que durante el control prenatal de V1 y con motivo de las maniobras implementadas para la inducción del trabajo de parto, así como la inadecuada vigilancia posterior a la aplicación de “*misoprostol*” que propició el desprendimiento de placenta que padeció, y la cesárea tardía, se vulneró su derecho a la protección de la salud, al no obtener una atención de calidad durante el trabajo de parto, situación que repercutió además en la salud y vida de V2 como se analizará a continuación.

A.3. Atención médica de V2 en el Hospital PEMEX.

69. El 10 de octubre de 2017 a las 11:20 horas, nació V2 por cesárea, durante la cual se reportaron los siguientes hallazgos: “[...] *producto masculino, flácido, sin llanto, el cual se pasó a Pediatra, APGAR 0-2, se otorgaron maniobras de reanimación neonatal...Desprendimiento de placenta del 50% (Grado III),*

¹⁸ Grado III o grave: desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertonia manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

¹⁹ Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Apartado 3.40 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”.

obteniendo placenta completa.” Tales signos eran indicativos de un cuadro de asfixia fetal.

70. A su nacimiento, se determinó que presentaba un riesgo de morbilidad y mortalidad alto, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica *“Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal”*. Además, conforme a la opinión médica de este Organismo Nacional, un factor condicionante del estado clínico y de las complicaciones relacionadas con la falta oxígeno que presentó V2 tras su obtención por cesárea, fue el desprendimiento mayor al 50% de la placenta.

71. V2 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y diagnosticado como recién nacido masculino de término de 39 semanas de gestación, sufrimiento fetal agudo, asfixia hipóxico-isquémica severa, obtenido por cesárea, secundario a polisistolia²⁰ durante el trabajo de parto.

72. V2 permaneció en seguimiento en el área de Cuidados Intensivos Neonatales, donde se agregó el diagnóstico de encefalopatía hipoxico-isquémica²¹ y del análisis realizado, el personal médico de esta Comisión Nacional observó que se le indicó ayuno, esquema de anticonvulsionantes, doble esquema antibiótico, aminas vasoactivas²², hemoderivados, interconsulta con el área de neurología, ultrasonido transfontanelar y se le otorgó un seguimiento adecuado, sin embargo su pronóstico para la vida era desfavorable; se encontraba clínicamente en coma, con ausencia de reflejos de tallo cerebral, cuadriplejía y apnea, síntomas que eran indicativos de muerte encefálica.

²⁰ Más de 5 contracciones cada 10 minutos de taquisistolia. Terré C, Francés L. Monitorización biofísica intraparto. *Matronas Prof.* 2006; 7(2): 5-13.

²¹ La encefalopatía hipóxico-isquémica es la lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional ≥ 35 semanas, la cual, no puede ser explicada por otra causa.

²² Fármacos que se clasifican según su efecto para aumentar la tensión arterial y su efecto inotrópico, destinado a mejorar la función cardíaca. Nápoles MD. Utilidad de las drogas vasoactivas en la paciente obstétrica en estado crítico. *MEDISAN.* 2014; 18(7): 978-992.

73. Se le practicaron maniobras de reanimación, así como un electroencefalograma y ultrasonido Doppler transcraneal, una vez que eliminara los sedantes que se le habían aplicado (“*midazolam*”), medidas que de acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional no eran dirigidas a otorgar tratamiento, sino a confirmar el diagnóstico de muerte cerebral.

74. Lo anterior resulta relevante al considerar que V1, en su escrito de queja, acusó una omisión en la práctica de estudios que pudieron resultar necesarios para restablecer el estado de salud de V2, sin embargo, éstos tenían como fin únicamente confirmar el diagnóstico de muerte cerebral que presentaba V2.

75. Del expediente clínico se destacó que el 13 de octubre de 2017, se informó a los familiares de V2 la posibilidad de que presentara muerte encefálica y riesgo de falla orgánica múltiple.

76. V2 permaneció internado hasta el 17 de octubre en estado de gravedad y después de 7 días de estancia intrahospitalaria perdió la vida a las 06:35 horas con los diagnósticos finales de: 1. choque cardiogénico, 1:30 horas (de evolución), 2. cardiomiopatía isquémica, 7 días (daño muscular), 3. encefalopatía hipóxico isquémica 7 días, y 4. asfixia del nacimiento severa.

77. De acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (de 50%) fue el factor desencadenante de las complicaciones de tipo neurológico, renal, respiratorio y cardiovascular, que condicionaron el fallecimiento de V2, a pesar de la adecuada atención médica proporcionada al recién nacido, por personal médico del Hospital PEMEX. Lo anterior confirma la inadecuada vigilancia del binomio materno-fetal durante la inducción del trabajo de parto que repercutió de manera directa en el

estado de salud de V2, desencadenando padecimientos que condicionaron su muerte.

B Violación al derecho a la información y al libre consentimiento informado en los procedimientos médicos.

78. El Comité CEDAW en la citada Recomendación General 24, señala que la garantía de acceso a los servicios de atención médica de calidad comprende lograr que sean aceptables para las mujeres y estos lo son cuando “[...] *se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas*”²³.

79. Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su artículo 80 indica que al ingreso al hospital se debe recabar su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Agrega que una vez que se cuente con el diagnóstico se le informará de forma clara y precisa sobre éste, así como de los posibles tratamientos, riesgos y secuelas.

80. Este mismo artículo advierte que esta autorización inicial no excluye la recusación posterior del consentimiento de cada procedimiento que implique un alto riesgo.

81. Al recapitular sobre la atención otorgada a V1 el 27 de septiembre de 2017, se constató que AR1 ofreció parto programado mediante el procedimiento de

²³ Párrafo 22.

colocación de sonda de doble balón, el cual es un método mecánico de maduración del cérvix e inducción del trabajo de parto.

82. En la nota médica que elaboró AR1 anotó que V1 había autorizado dicho procedimiento, pero del análisis de las constancias que integran el expediente clínico, no se encontró la prueba del consentimiento informado en donde se justifique que V1 recibió previamente información sobre los riesgos inherentes a la maduración mecánica del cérvix, las cuales son: infecciones maternas y neonatales y sangrado vaginal; tal como lo establece 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”*.

83. El 3 de octubre del mismo año, AR2 realizó el intento de maduración mecánica del cérvix con colocación de sonda de doble balón, la cual no fue exitosa. Al respecto, en las constancias que integran el expediente clínico, de igual manera no se encuentra el consentimiento informado correspondiente.

84. Se confirmó, que durante la estancia de V1 el 9 de octubre de 2017 en el Hospital PEMEX, AR1 realizó intento de maduración mecánica del cérvix con colocación de sonda de doble balón, sin resultados exitosos y sin que se encontraran evidencias de que a V1 se le brindó asesoría e información detalladas sobre la práctica que se realizaría, los efectos y riesgos de la misma; únicamente obra en el expediente clínico el documento de consentimiento informado, del cual se desprende lo siguiente:

Consentimiento informado, de fecha 09 de octubre de 2017: “Nombre del representante legal, familiar o allegado: [V1] ...En calidad de: PACIENTE...Que el doctor AR1 ...Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a: EMBARAZO 39.4SDG + DIABETES GESTACIONAL...Entre las complicaciones que pueden surgir en:

HOSPITALIZACION se encuentran: LA INDUCCION DEL PARTO CONSISTE EN PROVOCAR...He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado...Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento...Y en tales condiciones C O N S I E N T O En que se me realice: HOSPITALIZACION...” (sic)

85. Sobre este aspecto es importante destacar que 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”, decreta en su numeral 5.5.7 lo siguiente:

“La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado”.

86. Por su parte la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, en su punto 10.1, establece los elementos de que deberá contener el documento de consentimiento informado, debiendo llevar: “Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso; Nombre, razón o denominación social del establecimiento; Título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante; y Nombre completo y firma de dos testigos”.

87. En atención a lo anterior, se concluye que AR1 al elaborar el consentimiento informado en el rubro de acto autorizado solo asentó la hospitalización de V1 en el Hospital PEMEX, y es en el apartado de complicaciones en donde establece como riesgos la inducción del parto. Por lo que se advierte que no se le dio información alguna respecto de los procesos médicos, que le realizarían, incluyendo la aplicación de “*misoprostol*”, aunado a que ya existían intentos previos fallidos de inducción mecánica y que la intención de la hospitalización era para finalizar el embarazo.

88. Por lo tanto, para esta Comisión Nacional no hay evidencia de que V1 haya sido debidamente informada sobre el procedimiento de inducción del trabajo de parto a base de “*misoprostol*” que se le iba a realizar, así como los riesgos y beneficios. Lo que incumple con las normas oficiales mexicanas: NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*” (apartado 5.5.7) y NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”.

C. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1.

89. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35 y 46, fracciones II y X, la responsabilidad del Estado para “*la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres*”; “[b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y

“[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

90. Para esta Comisión Nacional, la violencia obstétrica es *“una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”*²⁴.

91. En el caso de V1, se constataron una serie de actos y omisiones que constituyeron violencia obstétrica, tales como: la omisión en el otorgamiento del consentimiento previo, libre e informado en la realización de procedimientos médicos; la falta de vigilancia de la actividad uterina, condiciones que pusieron en riesgo al binomio materno fetal, y la falta de sensibilidad del dolor de V1.

92. Respecto al consentimiento informado, esta Comisión Nacional asumió en la referida Recomendación General 31/2017, párrafo 132, que: *“El consentimiento informado es un derecho humano que se vulnera cuando es subestimada la opinión de la mujer respecto a su salud, lo que anula su capacidad de decidir respecto de los procedimientos a realizar”.*

93. También puntualizó en el párrafo 135 que el consentimiento informado es un derecho que *“[...] obliga al personal médico a comunicar a la mujer embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto y a obtener su autorización expresa e informada, esto con la finalidad de evitar que se lleven a cabo los servicios*

²⁴ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, de 31 de julio de 2017, p. 94.

obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, los cuales pueden llegar a ser innecesarios y peligrosos. La ausencia de información, provoca confusión y ansiedad a la mujer, incluidos sus familiares”.

94. En el presente caso no se encontraron evidencias en el expediente clínico, que constaten que se haya explicado a V1 en que consistían los riesgos y beneficios de la colocación de la sonda para la maduración del cérvix y la inducción del trabajo de parto a base de “*misoprostol*”. De forma tal que en su queja, V1 manifestó que el medicamento que se le administró para la inducción del parto es empleado para provocar abortos; lo que hace evidente que V1 desconocía la pertinencia de la aplicación del citado medicamento, es decir no se encontraba informada de los efectos positivos y negativos de éste.

95. Sobre la falta de vigilancia durante la inducción del parto, como se mencionó anteriormente, se advirtió una inadecuada vigilancia y registro de la actividad uterina posterior a la aplicación de “*misoprostol*”, que deben llevarse para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, pues como mencionó V1 en su escrito de queja, el dolor que presentaba era muy fuerte y a pesar de que lo manifestaba y no hubo vigilancia.

96. Este Organismo Constitucional recuerda que la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud²⁵. Se observa con preocupación que, en ocasiones, la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

²⁵ *Ibidem*, párr. 12.

97. En la Recomendación General 31/2017, esta Comisión Nacional advirtió que: “[en] el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”. Igualmente se sostuvo que: “[p]ara este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”²⁶.

98. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

D. Derecho a la vida de V2.

99. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

²⁶ *Ibidem*, pp 8 y 9

100. El artículo 6, puntos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

101. La SCJN ha determinado que “[...] *prohíbe la privación de la vida (que se traduce en una obligación negativa: que no se prive de la vida), sino que también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho en el ámbito legislativo, judicial y administrativo. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares, y las necesarias para investigar efectivamente los actos de privación de la vida*”²⁷.

102. Este Organismo Nacional ha sostenido que “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”²⁸.

²⁷ Tesis Constitucional. “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

²⁸ CNDH. Recomendación 75/2017, párrafo 61.

103. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo que implica el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

104. Sobre el análisis ya descrito, la vigilancia de la actividad uterina era imprescindible para detectar de manera oportuna alguna alteración en las contracciones uterinas, y en su caso, brindar el manejo adecuado para revertir su anormalidad o, en su defecto, considerar la interrupción del embarazo vía abdominal y darle la prioridad de urgencia para que se realizara dentro de los 30 minutos establecidos en la Guía de Práctica Clínica correspondiente, con la finalidad de disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal, y en su caso, aumentar la sobrevida de V2.

105. Aunque el diagnóstico que causó la muerte de V2 fue una deficiente oxigenación en los diversos órganos y tejidos, en este caso particular, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (de 50%) fue el factor desencadenante de las complicaciones de tipo neurológico, renal, respiratorio y cardiovascular, que condicionaron la pérdida de la vida, a pesar de la adecuada atención médica proporcionada a V2, por personal médico y de enfermería del Hospital PEMEX.

106. Este Organismo Nacional considera que la serie de actos que comprendió la inadecuada atención médica de V1 durante el trabajo de parto, fueron determinantes para las secuelas que presentó V2 al momento de su nacimiento y su posterior fallecimiento, situación que lleva a concluir que existe responsabilidad por la vulneración al derecho a la vida de V2.

E. Interés superior de la niñez de V2.

107. Este Organismo Autónomo destaca que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niñas, niños y adolescentes, especialmente 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.

108. En el plano internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3, prevé que “[...] *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 de la niñez*”. Asimismo, en su preámbulo reconoce que la niñez requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las medidas especiales de protección.

109. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “*garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño*”²⁹, para lo cual resulta necesaria la adopción de “*medidas especiales de protección*”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños, , tomando en cuenta su debilidad, inmadurez o inexperiencia.³⁰

110. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que debe gozar la niñez, ha

²⁹ “Observación General 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”, párr. 4.

³⁰ Cfr. Corte IDH. “Condición jurídica y derechos humanos del niño”. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

instado para que en todos los programas, políticas y atenciones médicas proporcionadas por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y adolescentes³¹.

111. El principio de interés superior ha sido reconocido en los artículos 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que ordenan: “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

112. El interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas: como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento³², en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

113. La SCJN³³, estableció que el principio del interés superior del menor de edad, implica que la protección de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.

114. La CrIDH advirtió que el interés superior de la niñez es un “*principio regulador de la normativa de los derechos del niño que se funda en la dignidad misma del ser*

³¹ Observación General 14, “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)”, 2000, párr. 24.

³² Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General 14 (2013) (artículo 3, párrafo 1) p.6; SCJN, tesis constitucional “Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El Interés Superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2017 y registro 2013385; y CNDH, “El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial”, Folleto, 2017.

³³ “Interés superior de los menores de edad. Necesidad de un escrutinio estricto cuando se afecten sus intereses”, Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2016 y registro 2012592.

*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”.*³⁴

115. El derecho del interés superior de la niñez, debe ser observado en todas las decisiones y medidas relacionadas con los niños, niñas y adolescentes, lo que significa que, en cualquier medida que tenga que ver con una o varias personas de este grupo, su interés superior deberá ser considerado de manera primordial, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también todos los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas³⁵.

116. En el presente caso, se constató que la inadecuada vigilancia del binomio materno-fetal durante en la administración de “*misoprostol*” para la inducción del trabajo de parto a V1, generó consecuencias directas en la salud de V2, provocándoles afectaciones irreversibles que finalmente culminaron con la pérdida de su vida. Este Organismo Nacional considera tener acreditado que el personal involucrado en el cuidado y atención médica del binomio materno fetal, incumplió el deber de protección que les es conferido al ser agentes del Estado, violentando con ello el interés superior de V2.

F. Responsabilidad.

117. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación,

³⁴ “Caso *Furlán y Familiares vs. Argentina*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

³⁵ Cfr. SCJN, Tesis constitucional “*Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte*”, registro 2013385

mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, así como al interés superior de la niñez y a la vida de V2 y a una vida libre de violencia obstétrica de V1.

118. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, atendiendo a lo siguiente:

G. Reparación integral.

119. De conformidad con 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. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1 y V3, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

120. En tal sentido, V3 adquiere la calidad de víctima indirecta, con motivo del vínculo familiar existente con V1 y V2, en su calidad de padre y esposo, ya que con

motivo de los hechos se propició un indudable impacto en su esfera psicosocial, y posibles alteraciones en el entorno y vida familiar, generadas a partir del caso analizado en el presente pronunciamiento, por lo que debe ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

121. En el presente caso, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

Autoridad	Fecha	Irregularidad
AR1	23 de agosto y 6 de septiembre de 2017	Omitió solicitar estudios necesarios para valorar el estado de V1 conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de <i>“Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo”</i> .
	27 de septiembre de 2017 y 9 de octubre de 2017	No documentó que haya proporcionado información sobre los riesgos de la colocación de sonda de doble balón a V1 ni consentimiento informado.
	9 y 10 de octubre de 2017	Omitió corroborar que se vigilara la frecuencia cardíaca fetal y contracciones uterinas frecuentemente desde la primera aplicación de <i>“misoprostol”</i> a V1.
AR2	16 de septiembre de 2017	Omitió solicitar estudios necesarios para valorar el estado de V1 conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de

	3 de octubre de 2017	<p><i>“Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo”.</i></p> <p>No documentó que haya proporcionado información sobre los riesgos de la colocación de sonda de doble balón a V1 ni consentimiento informado.</p>
AR3	10 de octubre de 2017	<p>Omitió realizar exploración vaginal a V1 con la finalidad de descartar la presencia de restos de <i>“misoprostol”</i> una vez que se detectaron las contracciones uterinas frecuentes en contravención a la Guía de Práctica Clínica de <i>“Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención”</i>.</p> <p>No indicó medidas de soporte ante la existencia de actividad uterina anormal.</p>
AR4	9 y 10 de octubre de 2017	<p>Omitió monitorear y registrar las contracciones uterinas desde la primera aplicación de dicho fármaco.</p> <p>Existió un retardo entre la indicación de la cesárea y la práctica de la misma (1 hora aproximadamente).</p>

a) Medidas de rehabilitación.

122. Debido a las afectaciones que los hechos documentados representan para la vida de V1, y V3, esta Comisión Nacional determina que se les deberá proporcionar

la atención psicológica y tanatológica que requieran por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

123. La referida atención deberá brindarse a V1 y V3 gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

b) Medidas de satisfacción.

124. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V3 las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.

125. Asimismo, de acuerdo a las especificaciones que se establecen en el apartado recomendatorio, la autoridad recomendada deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional, en la integración de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República.

126. De igual manera, deberá aportarse la presente Recomendación como uno de los documentos base de la investigación penal y queja administrativa.

127. 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.

128. 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 que en un plazo de 6 meses a partir de la aceptación del presente pronunciamiento se diseñen e impartan en el Hospital PEMEX, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación y c) Sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, incluida la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Internacional; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

129. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital PEMEX, 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) Medidas de compensación.

130. Al acreditarse las violaciones a derechos humanos antes descritas, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V3, en términos de la Ley General de Atención a Víctimas.

131. 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 caso, 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”*³⁶.

132. Se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados, 2) temporalidad, 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formularle respetuosamente a usted Director General de Petróleos Mexicanos, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Reparar integralmente el daño a V1 y V3, e inscribirlos en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y

³⁶ “Caso *Bulacio Vs. Argentina*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr. 90.

Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionar la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran V1 y V2, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en la integración de la denuncia que presente esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Fiscalía General de la República y de acuerdo con las especificaciones realizadas, la autoridad deberá colaborar ampliamente en los requerimientos realizados por la instancia que conozca de dicha investigación y, en su caso, enviar a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las violaciones a los derechos humanos descritas, el trato inadecuado e insensible que V1 refirió y la muerte de V2, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2, AR3 y AR4, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. El plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital PEMEX en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de

Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan en el Hospital PEMEX, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez y violencia obstétrica, y 2) sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer relativas al presente caso, los que deberán ser impartidos por personal especializado, así como los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Designar a la 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 sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

133. 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 de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas 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 otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

134. 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.

135. 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.

136. 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, que requieran, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ