



RECOMENDACIÓN NO. 14 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1 E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 EN EL HOSPITAL GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) EN QUERÉTARO.

Ciudad de México, a 29 de marzo de 2021.

**LIC. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/5642/Q**, relacionado con el caso de V1, V2, V3 y V4.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 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; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:



Nombre	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima	CEAV
Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Querétaro	Hospital General
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud de Querétaro	Hospital de Especialidades
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
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	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

Carpeta de Investigación radicada en la Agencia Tercera Investigadora de la Fiscalía General de la República en Querétaro	Carpeta de Investigación
---	--------------------------

I. HECHOS

5. El 18 de mayo de 2018 V1, de 31 años de edad, enfermera especialista médica quirúrgica, ingresó a las 05:32 horas al Hospital General, donde también laboraba, con 38 semanas de gestación de su segundo embarazo, contracciones y 3 centímetros de dilatación, ingresando para vigilancia y atención de parto; a pesar de haber explicado a AR1 que ese mismo día a las 14:00 horas estaba programada una cesárea, debido a que tres años antes se le realizó una cesárea por sufrimiento fetal.

6. V1 refirió que antes de las 9:00 horas del 18 de mayo de 2018, AR1 médico especialista en ginecología le realizó la maniobra de Hamilton consiste en despegar del útero el polo inferior de la bolsa amniótica y se realizó una aminorexis, procedimiento obstétrico que consiste en romper artificialmente el saco amniótico durante una exploración vaginal con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, disminuir la duración del parto.

7. Además, AR1 indicó se le suministrara oxitocina intravenosa a V1 teniendo como efecto contracciones más continuas y dolorosas, esta aplicación de medicamento lo cumplió a pesar de que ella le suplicó le realizara la cesárea como estaba programada. El dolor continuaba hasta que un anesthesiólogo le ofreció anestesia regional, cediendo por un momento el dolor; sin embargo, V1 observó que el feto (V2) registraba en el monitor disminuciones de frecuencia cardiaca y por lo tanto sufrimiento fetal por lo que le pusieron oxígeno con punta nasales, suministrándole solución glucosa y la recostaron sobre el lado izquierdo logrando recuperación.

8. Posteriormente, AR1 revisó a V1 y le comentó que tenía 8-9 centímetros de dilatación y la ingresó a sala de expulsión, en la que aún con bloqueo anestésico, V1 pujó cada vez que sintió una contracción hasta que por sorpresa AR1 comenzó a realizarle la maniobra de Kristeller (técnica que se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero) provocando un dolor desgarrador que V1 atribuyó a la ruptura del útero con el cual dejó de percibir más contracciones.

9. V1 refirió que AR1 intentó sacar con fórceps a V2 sin resultados, hasta que otro médico ginecólogo lo asistió y logró que a las 13:00 horas naciera V2 quien ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales "UCIN", con diagnóstico de asfixia.

10. AR1 reparó la episiotomía que realizó a V1 y la ingresó a recuperación con dolor abdominal y desgarró de vagina. Posteriormente SP2, ginecólogo que había atendido el desarrollo del embarazo de V1, se percató que se encontraba delicada de salud y, a las 17:30 horas del 18 de mayo de 2018 la ingresó nuevamente a quirófano encontrando que se estaba desangrando por dentro debido a que tenía el útero abierto por lo que tuvo que extirparle el útero y un ovario, dejando en abdomen y vagina compresas para detener el sangrado y salvaguardar su vida.

11. Al salir de la operación, V1 fue ingresada a terapia intensiva con diagnóstico de hemorragia obstétrica, parto patológico, ruptura uterina y choque hipovolémico (afección mortal donde el volumen sanguíneo baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre en el cuerpo).

12. El 21 de mayo de 2018, le realizaron la cirugía a V1 para retirar las gasas y compresas, reingresando al área de terapia intensiva en la que permaneció 11 días, durante los cuales refirió vivió una pesadilla, porque aunado a los procedimientos referidos intentaron repararle el desgarró vaginal.

13. El 24 de mayo de 2018, médicos cirujanos advirtieron que V1 tenía una bacteria en su cavidad abdominal enterándola que requeriría de una nueva cirugía, la que

suspendieron debido a su mejoría en respuesta al tratamiento antibiótico que se le suministró.

14. El 28 del mes y año citado, V1 ingresó al área de ginecología y fue hasta ese momento que conoció a su hijo recién nacido, V2, retirándose ambos a su domicilio con alta hospitalaria el 1 de junio de 2018.

15. Actualmente, V1 continúa con incontinencia urinaria y fecal, así como secuelas psicológicas por el trato y los procedimientos que les realizaron. Sobre V2, como efecto del sufrimiento fetal tuvo secuelas, por lo que es atendido en el Programa de Rehabilitación de la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con valoraciones de especialistas en neurocirugía pediátrica, a las que deberá acudir durante 8 años de su vida bajo esquema de medicamentos anticonvulsivos para advertir cualquier afectación en su desarrollo.

16. V1, presentó su queja ante esta Comisión Nacional por la inadecuada atención que recibió por parte de personal médico del Hospital General en la resolución de su embarazo cuyas consecuencias continúa sobrellevando, sobre todo las de V2, que por su edad y desarrollo no ha sido posible definir por el personal médico especializado y que por ende afectan no sólo la calidad de vida de V1 y V2 sino de su familia en conjunto.

17. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente CNDH/4/2018/5642/Q; para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 del Hospital General, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

18. Escrito de queja presentando en este Organismo Nacional el 18 de julio de 2018, en la que V1 narró los hechos materia de la queja en su agravio y de V2.

19. Oficio SG/SAD/JSCDQR/05299-4/18, de 3 de diciembre de 2018, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico integrado en el Hospital General con motivo de la atención de V1:

19.1 Hoja de Urgencias de 18 de mayo de 2018 donde consta el ingreso de V1, signos, síntomas, diagnóstico y plan de manejo en el Hospital General.

19.2 Nota de Urgencias de Unidad Toco-quirúrgica (UTQ), y Post Distocia de las 8:00 y 14:00 horas de 18 de mayo de 2018, en el cual se describió la atención que se brindó a V1 por AR1 en el Hospital General.

19.3 Hoja de trabajo de parto de 18 de mayo de 2018 en la que se describe la atención que se le brindó a V1 en el Hospital General.

19.4 Hoja de enfermería de 18 de mayo de 2018 en que consta la indicación y suministro de oxitocina a V1 en el Hospital General.

19.5 Nota prequirúrgica y postquirúrgica del servicio proporcionado a las 15:00 y 20:00 horas de 18 de mayo de 2018 a V1 en el Hospital General.

19.6. Nota de indicaciones postoperatorias para V1 elaborada el 18 de mayo de 2018 por AR1 en el Hospital General.

19.7 Hojas de operaciones del sistema de estadística de medicina curativa hospitalaria y preventiva del Hospital General de 18 y 21 de mayo de 2018 sobre la atención que se brindó a V1.

19.8 Notas de evolución de V1 de 22 y 23 de mayo de 2018 en el Hospital General.

19.9. Nota de egreso de V1 de 28 de mayo de 2018 de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General.

20. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/032-4/19, de 8 de enero de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del informe médico rendido por AR1 respecto de la atención que proporcionó a V1 en el Hospital General:

21. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/02019-4/19, de 14 de mayo de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del resumen clínico sobre la atención que se brindó a V2 y del respectivo expediente médico.

21.1. Nota de Atención del Recién Nacido e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de las 13:30 horas del 18 de mayo de 2018.

21.2. Nota de evolución vespertina de V2 de las 17:25 horas del 18 de mayo de 2018 en el Hospital General.

21.3. Notas de evolución nocturna elaboradas a las 20:30 horas del 19 de mayo de 2018 y a las 20:20 horas del 27 de mayo de 2018 respecto de la atención brindada a V2 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General.

21.4. Nota de evolución de V2 de las 8:58 horas del 20 de junio de 2018 en el Hospital General.

21.5. Nota de evolución nocturna de las 21:00 de 26 de mayo de 2018 de V2 en el Hospital General.

22. Escrito del 21 de septiembre de 2019 mediante el cual V1 reiteró los agravios de su queja y actualizó la información proporcionada.

23. Acta circunstanciada de 24 de septiembre de 2019, en la que se hizo constar la entrevista sostenida entre personal de esta Comisión Nacional y V1, acompañada por una persona servidora pública de la CEAV, ocasión en la que aportó copia de

algunas documentales que constan en la Carpeta de Investigación que sobre el caso que integra la Fiscalía General de la República, entre la que destaca:

23.1 Nota de Ingreso a Urgencias de Ginecología de V1 en el Hospital de Especialidades del 30 de agosto de 2018.

23.2. Declaración que el 12 de septiembre de 2018 rindió SP1 ante la autoridad ministerial para la integración de la Carpeta de Investigación, sobre los hechos materia de la queja.

23.3 Declaración que el 13 de septiembre de 2018 rindió SP2 ante la autoridad ministerial para la integración de la Carpeta de Investigación, sobre los hechos materia de la queja.

23.4 Declaración que el 5 de octubre de 2018 rindió SP1 ante la autoridad ministerial para la integración de la Carpeta de Investigación, sobre los hechos materia de la queja.

23.5 Declaración que el 12 de septiembre de 2018 rindió SP4 ante la autoridad ministerial para la integración de la Carpeta de Investigación, sobre los hechos materia de la queja.

23.6 Informe de la atención psicológica que el 9 de enero de 2019, se proporcionó en el Hospital de Especialidades a V1.

24. Opinión Médica de 12 de marzo de 2020, emitida por este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2 en la que sucintamente se concluyó que el acortamiento intencionado del periodo expulsivo de trabajo de parto de V1 atribuible a AR1, fue la causa directa del parto vaginal traumático que propició lesiones secundarias en el binomio materno-neonatal.

25. Correo electrónico de 30 de mayo de 2020 de la CEAV mediante el cual la asesora de V1 remitió el peritaje que elaboró el Jefe del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología respecto de los hechos materia

de la queja de V1, en el que sumariamente se indicó que AR1 ejecutó sobre V1 la maniobra de Kristeller durante el periodo expulsivo de V2, desatendiendo lo indicado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

26. Acta circunstanciada de 11 de noviembre de 2020 en la que una Visitadora Adjunta de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica mediante la cual se solicitó información a personal del ISSSTE enlace con este Organismo Nacional en relación con la situación de V1.

27. Acta circunstanciada de 21 de noviembre de 2020 en la que se hizo constar la entrevista de personal de esta Comisión Nacional con V1, a quien se le dio vista de la información que integra el expediente y su análisis para emitir la resolución respectiva, ocasión en la que V1 confirmó que la Carpeta de Investigación sobre los agravios materia de su queja se radicó por la autoridad ministerial aún se encuentra en integración, pendiente de peritajes, precisando su actual vida durante la pandemia por COVID-19 y sus pretensiones.

28. Acta circunstanciada de 18 de marzo de 2021, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida el 10 de ese mes y año, entre personal de esta Comisión Nacional y la abogada de la CEAV en la que expresó que V1 estaba a la expectativa de la Recomendación que esta CNDH emitiera.

III.SITUACIÓN JURÍDICA.

29. El ISSSTE informó en conversación telefónica que V1 le presentó una solicitud de queja médica, sin precisar fecha, con pago de indemnización que será analizada por la Comisión de Quejas Médicas de la Delegación Estatal en Querétaro; sin embargo, podría ser atraído por el Comité de Quejas Médicas a nivel central por contar con antecedente ante esta Comisión Nacional lo que se resolverá en cuanto la contingencia sanitaria por COVID-19 permita reanudar las labores, por lo que no se ha resuelto aún.

30. Asimismo, el ISSSTE agregó que del presente caso dio vista al Titular del Órgano Interno de Control en ese Instituto, sin que se haya notificado la resolución.

31. El 3 de agosto de 2018, V1 presentó una denuncia ante la autoridad ministerial que dio lugar a la Carpeta de Investigación, en contra de AR1 y del personal involucrado en la atención médica que se brindó en el Hospital General en su agravio y de V2.

32. La CEAV asesora, acompaña y representa a V1 y V2, quienes al momento de elaboración de la presente recomendación cuentan con registro de víctimas directas de delito.

IV. OBSERVACIONES.

33. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2018/5642/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 la protección de la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica y a la integridad personal en agravio de V1 y V2y al interés superior de la niñez; ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

34. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que implican este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 *“Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de

carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud¹.

35. La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre “*Salud y bienestar*”, se ha pronunciado en el sentido de “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”².

36. Por su parte, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, reconoce que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; al respecto, la SCJN resolvió que el Estado debe garantizar el derecho a la salud y brindarlo con calidad, entendiendo ésta como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”³, a través de “... *los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”⁴.

37. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1, indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en último párrafo alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

¹ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

² ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “*Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*”. Tercer Objetivo.

³ *Ídem*.

⁴ SCJN. Jurisprudencia administrativa, “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 registro 167530.

38. Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

39. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁵

40. Esta Comisión Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud 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 accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad”*⁶.

A1. DERECHO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL

41. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en*

⁵ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017

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

*la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*⁷ y que “[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”⁸.

42. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]”⁹.

43. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”¹⁰, garantizando su salud y bienestar.

44. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de

⁷ Ibid. Párrafo 1.

⁸ Ibid. Párrafo 27.

⁹ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

¹⁰ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

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”¹¹.

45. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”¹², por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”¹³.

A2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1.

46. El caso trata sobre la atención médica otorgada a V1, paciente de 31 años de edad, quien con embarazo de 38 semanas de gestación acudió a las 05:04 horas del 18 de mayo de 2018 al servicio de Urgencias del Hospital General, siendo valorada a las 05:32 horas por una doctora quien describió que V1 refirió actividad uterina regular de 3 contracciones en 10 minutos, buena movilidad fetal y tapón uterino con escaso manchado de sangre; describió, la citada doctora, que V1

¹¹ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹² CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹³ *Ibid.*, párr. 181.

presentaba signos y síntomas de trabajo de parto, con el antecedente de cesárea previa por sufrimiento fetal de tres años de antigüedad, indicando como plan de manejo su ingreso para vigilancia y atención de parto.

47. A las 08:00 horas de ese mismo día, V1, presentaba cérvix borrado, dilatación de 5 centímetros y la presencia de 3 a 4 contracciones en 10 minutos, es decir, cursaba la fase activa de trabajo de parto con adecuado progreso, por lo que AR1 determinó dejar a libre evolución el trabajo de parto de V1 con vigilancia.

48. Contario a la indicación de libre evolución de trabajo de parto, en las notas médicas, V1 señaló que AR1 le realizó la maniobra de Hamilton, que es un tacto vaginal durante el cual se despegaron las membranas placentarias y con ello se indujo a parto, esta acción quedó anotada en la hoja de atención del parto o partograma, documento en el que se omitió registrar el nombre y cargo del personal que la indicó y realizó impidiendo identificar la persona o personas responsables del agravio a V1.

49. Acorde con la hoja de enfermería, aproximadamente a las 8:45 horas de ese 18 de mayo, se realizó a V1 un aminorex, procedimiento obstétrico que consiste en romper artificialmente el saco amniótico durante una exploración vaginal con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, disminuir la duración del parto, sin que se precisara quién efectuó tal acción.

50. Cabe subrayar que entre las constancias que integran el expediente de la atención médica de V1, se omitió integrar el consentimiento informado específico para la maniobra y el procedimiento de membranas placentarias en comento; en el cual, debía establecerse la indicación médica para llevar a cabo la técnica, los riesgos y beneficios esperados, que entre otros datos justificaran el referido procedimiento.

51. Ante la falta del mencionado consentimiento informado, se puede establecer que V1, no tuvo la información suficiente y adecuada de la técnica obstétrica que se le realizó y que no otorgó su autorización para tales efectos. Por lo tanto, el personal médico que indicó y realizó el desprendimiento de las membranas, incumplió el apartado 5.5.7 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.

52. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional las acciones realizadas respecto de las membranas placentarias no tienen relación con las complicaciones que presentaron V1 y V2; sin embargo, la simple practica de éstas sin justificación y sin consentimiento informado, indicadas en la NOM-007-SSA2-2016, evidencia una inadecuada atención médica en la resolución de parto de V1 y por lo tanto, un acto de violencia obstétrica en su agravio que se analizará más adelante.

53. Retomando el análisis del partograma, la atención inició hasta las 08:00 horas del 18 de mayo de 2018, siendo que V1 ingresó desde las 05:32 horas del día citado y, a las 09:00 horas de ese día, no se habían registrado las variables específicas para la debida monitorización del binomio materno fetal, incluyendo la frecuencia cardiaca de V2 producto de la gestación, periodo de más de tres horas durante las cuales no es posible definir si V2 presentó o no sufrimiento fetal o variación en su frecuencia fetal, lo cual era responsabilidad de AR1, por ser el médico a cargo de V1.

54. Lo anterior toma relevancia, porque a las 08:45 horas de ese día, el personal de enfermería reportó una frecuencia cardiaca fetal de 119 latidos por minuto siendo normal 120 a 160 latidos por minuto, que permite establecer que en ese momento V2 cursaba con bradicardia fetal y, en caso de haber sido persistente, debía haberse

indicado de manera urgente la interrupción del embarazo por cesárea para mejorar la sobrevida de V2.

55. En nota médica del 18 de mayo de 2018 a las 9:00 horas, AR1 indicó vigilancia de actividad uterina, pérdidas transvaginales de V1 y monitorización fetal, omitiendo establecer la temporalidad de cada valoración, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 recomienda monitorizar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos, evaluar las contracciones uterinas cada 30 a 60 minutos y los signos vitales maternos cada 2 horas.

56. Aunado a lo anterior, también prescindió indicar vigilancia del progreso de las modificaciones cervicales, la variedad y descenso de la presentación por el canal de parto, incrementando el riesgo de pasar inadvertida alguna complicación en razón del tamaño del producto de la gestación y su posición, con efectos en la morbilidad y mortalidad materno fetal. También prescribió ayuno y suministro a V1 de 5 unidades de oxitocina diluidas en 1000 centímetros cúbicos de solución glucosada a 10 gotas por minuto vía intravenosa.

57. La oxitocina es la hormona responsable de que las fibras musculares del útero se contraigan durante el parto, produciendo las típicas contracciones que permiten el nacimiento del producto de la gestación; en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se cita que la bibliografía médica describe que en los casos de trabajo de parto prolongado en los cuales las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix; tradicionalmente, se ha utilizado una infusión de oxitocina intravenosa y/o la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía).

58. Entre las constancias que integran el expediente clínico de V1, se documentó que la evolución del trabajo de parto de V1 era normal sin justificación médica alguna para la indicación de oxitocina intravenosa, indicación con la que AR1,

exponiendo al binomio materno fetal a efectos adversos como las complicaciones que presentó V1 y V2 al momento del parto y puerperio: asfixia perinatal, dehiscencia de histerorrafia, hemorragia obstétrica, e histerectomía subtotal.

59. Aunado a lo anterior, en el expediente clínico de V1, se omitió integrar el consentimiento informado específico para el procedimiento de conducción del trabajo de parto a base de oxitocina, en el cual, se justificara, la indicación médica, así como los riesgos y beneficios esperados, con lo cual, se puede inferir que V1 no tenía la información suficiente y adecuada de la técnica obstétrica que le realizaron así como que hubiera otorgado la autorización para la misma.

60. Con las notas de la hoja de enfermería del 18 de mayo de 2018, se confirma que a las 10:00 horas de ese día se administró la oxitocina vía intravenosa a V1 en atención a la indicación de AR1. Por lo tanto, se establece que AR1 incumplió el apartado 5.5.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 ya que no encontró el consentimiento debido.

61. Durante el trabajo de parto, posterior al suministro de la oxitocina, V1 comenzó a tener contracciones más continuas por lo que un médico anesthesiólogo le ofreció anestesia a la que V1 accedió y recibió mediante bloqueo peridural, el cual en Opinión Médica de esta Comisión Nacional estaba justificado y fue adecuado.

62. Continuando con el análisis de la atención del trabajo de parto de V1, de acuerdo con los registros del partograma, a las 12:30 horas del 18 de mayo de 2018 se reportó frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, actividad uterina de V1 de 3 a 4 contracciones uterinas en 10 minutos, dilatación del cérvix de 10 centímetros y altura de la presentación fetal en el segundo plano (Hodge) y a 13:00 horas, sólo se reportó la altura de la presentación fetal en el tercer plano (Hodge) confirmando, en Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el adecuado progreso del trabajo de parto de V1 sin complicaciones para V2.

63. Considerando lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, el proceso de V1 podía evolucionar durante dos horas más a partir de las 13:00 horas, tiempo en el que se llevarían a cabo los movimientos necesarios para que el feto descendiera a través del conducto del parto hasta lograr su expulsión por vía vaginal.

64. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, toma relevancia en razón de que inmediatamente después de iniciar el segundo periodo de trabajo de parto registrado a las 13:00 horas del 18 de mayo de 2018, AR1 ingresó a V1 a sala de expulsión para la atención del parto; interrumpiendo el normal descenso fetal acorde con el tiempo establecido por la Guía de Práctica Clínica y la bibliografía médica, con lo cual, se evidencia un acortamiento intencionado del periodo expulsivo por parte de AR1, siendo lo anterior la causa directa del parto instrumentado o con fórceps¹⁴ realizado a V1, exponiendo de manera innecesaria al binomio materno fetal a las complicaciones inherentes a esa técnica, generando un parto traumático constitutivo de violencia obstétrica.

65. El uso de este tipo de instrumentos tiene como objetivo abreviar el nacimiento, con beneficio para la madre y el producto de la gestación, pero su uso, se ha relacionado con trauma obstétrico, comprendido como aquellas lesiones que por acción u omisión durante la atención obstétrica aparecen en la madre, en el feto o en ambos.

66. Resulta importante mencionar que en nota médica, AR1 plasmó que empleó fórceps en el parto vaginal de V1 debido a que cursó un periodo expulsivo prolongado, por falta de pujo materno y para evitar maniobras de Kristeller, lo que

¹⁴ Son instrumentos de uso obstétrico en forma de pinzas, diseñados para tomar, sin traumatizar, la cabeza del feto dentro de la pelvis materna durante el período expulsivo del trabajo de parto Gutiérrez G, Pichardo C, Moreno S, Contreras C. Trauma obstétrico fetal secundario a parto vaginal instrumentado con fórceps. Rev Invest Med Sur Mex 2010; 17(4): 160-165.

en el caso no aplicaba porque según registros del expediente clínico, V1 cursaba una adecuada evolución de trabajo de parto.

67. Conforme a la Opinión Médica de este Organismo Nacional la disminución de V1 de pujo no fue voluntaria sino consecuencia de las condiciones en que se desarrollaba el trabajo de parto, situación que no tuvo relación con los resultados adversos y neonatales en el presente caso.

68. Cabe destacar que V1 refirió en su queja que pujó cada vez que sintió una contracción hasta que por sorpresa AR1 comenzó a realizarle la maniobra de Kristeller, provocando un dolor desgarrador con el cual dejó de percibir más contracciones.

69. La maniobra de Kristeller referida por V1, acorde con la bibliografía médica consiste en la presión del fondo uterino de la gestante durante la segunda fase del trabajo de parto¹⁵, lo que implica que el personal médico presione con los puños o el antebrazo el vientre de la mujer durante el parto para ayudar a la expulsión del producto de la gestación.

70. Sobre esta maniobra la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016¹⁶ y la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo indican que no debe realizarse por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales¹⁷, como ocurrió en el presente caso.

¹⁵ Becerra C. Maniobra de Kristeller, sus consecuencias en la madre y condiciones bioéticas en el Hospital Nacional Hipólito UNANUE- El Agustino durante el período agosto 2015. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Escuela Profesional de Obstetricia, Lima, Perú.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1977/becerra_CHAUCA.pdf;jsessionid=3931692A7EE109B41E17B7BBD226BE7A?sequence=1

¹⁶ Apartado 5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

¹⁷ Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014. pág. 13.

71. V1 refirió que AR1 le realizó la mencionada maniobra de Kristeller en más de una ocasión, SP1, enfermera que asistió el parto de V1 señaló en una de sus declaraciones rendidas ante la autoridad ministerial que; efectivamente, AR1 efectuó la maniobra, hecho que se corrobora a través de las notas prequirúrgicas de dos médicos que señalaron tener conocimiento de tres ocasiones en que se practicó.

72. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional de las constancias del expediente clínico elaboradas por el mismo AR1 y que presentó el ISSSTE a esta Comisión, no es hay evidenciar de su ejecución. Al respecto se destaca que de las evidencias recabadas en la investigación del presente caso V1 presentó el peritaje realizado por el Jefe del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología en relación con los hechos materia de la queja en el que indicó que sí se realizó a V1 la maniobra en comento durante el periodo expulsivo de V2, lo cual permite señalar que AR1 sí ejecutó la mencionada maniobra incurriendo en una responsabilidad por desatender lo indicado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

73. En la Hoja de Operaciones del 18 de mayo de 2018, AR1 omitió describir la variedad de posición de la cabeza fetal, siendo que es un requisito fundamental para valorar la aplicación exitosa de los fórceps, lo que confirma la omisión de AR1 en la realización de una valoración integral previa al parto instrumentado, la cual impide determinar las razones y responsabilidad del primer intento de extracción fallido.

74. Además, como se ha citado, entre las constancias que integran el expediente clínico de la atención de V1, se advierte la falta de consentimiento informado respecto de la técnica obstétrica de parto instrumentado con fórceps que se realizó a V1; en consecuencia, es posible inferir que no se le otorgó la debida información respecto a los beneficios y riesgos de la técnica de fórceps. Por lo tanto, se

establece que AR1 incumplió el apartado 3.10¹⁸ de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, así como lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo.

75. AR1 citó que para evitar la maniobra de Kristeller empleó fórceps sin agotar otras opciones terapéuticas que evitaran llevar a cabo un parto instrumentado y traumático, siendo que dichas acciones incrementan la morbilidad fetal y neonatal, así como la mortalidad materna, acciones y omisiones que causaron en V2 y V1 lesiones craneales neonatales, así como desgarro vaginal y cervical, más la hemorragia obstétrica, entre otras, respectivamente.

76. De las notas médicas del 18 de mayo de 2018, por AR1 se advierte que fue él quien realizó el parto instrumentado por fórceps a V1, extrayendo a V2 al segundo intento; sin embargo, V1 refirió que fue otro ginecólogo quien extrajo a V2, lo cual se corrobora con las testimoniales de personal de enfermería y el propio médico ginecólogo que participaron en la resolución del parto de V1.

77. De acuerdo a la bibliografía médica se puede establecer que las lesiones descritas por AR1 durante la atención del parto de V1: desgarro cervical y vaginal de 3 a 4 centímetros aproximadamente y episiorrafía¹⁹ de tercer grado incompleto, comprometieron su útero (cérvix), vagina, región perineal y esfínter anal, con lo cual se confirma el traumatismo obstétrico que presentó V1 durante la atención del parto.

78. Cabe destacar que la abreviación intencionada del segundo periodo del trabajo de parto por parte de AR1, la maniobra de Kristeller, el empleo de fórceps; así como la inadecuada técnica en la primera colocación de los mismos, complicó la sujeción

¹⁸ 3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibida información de los riesgos y beneficios esperados.

¹⁹ Reparación o sutura de desgarros o laceraciones del perineo, así como de las incisiones episiotómicas que se realiza después de expulsar la placenta.

y posterior tracción de la cabeza fetal, resultando en un evento fallido, siendo todo lo anterior, la causa directa del trauma obstétrico caracterizado por desgarro vaginal y cervical de 3 a 4 centímetros aproximadamente que presentó V1 y requirió episiorrafía de tercer grado incompleto, así como el caput succedaneum, cefalohematoma y las lesiones en la piel de V2.

79. Posterior al parto de V1, AR1 indicó su ingreso a sala de recuperación omitiendo indicar la vigilancia de la episiorrafía, es decir, de la sutura de la episiotomía que le realizó.

80. Encontrándose V1 en la sala de recuperación, SP2 médico ginecólogo el 18 de mayo de 2018 a las 15:00, advirtió que tenía dolor abdominal creciente, dolor de hombros, actitud antiálgica²⁰, resistencia al tacto vaginal por dolor, tumoración en ovario izquierdo y líquido libre, datos relacionados con hemorragia obstétrica motivo por el cual solicitó se le realizaran estudios, activó el código máter y pidió un quirófano para intervención de urgencia.

81. SP2 reportó en nota posquirúrgica que en la operación que realizó a V1 a las 16:00 horas, se percató que tenía una hemorragia por ruptura uterina, motivo por el cual, entre otras acciones, extirpó la parte superior de útero y el ovario derecho y aplicó adecuadamente compresas quirúrgicas de vientre en el hueco pélvico de V1 para contener la hemorragia obstétrica.

82. V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para su vigilancia en donde permaneció por indicación de SP2 hasta el 21 de mayo de 2018, fecha en que se le realizó una cirugía para desempaquetamiento abdominal y vaginal reingresando a la mencionada Unidad en comento con indicación de terapia de remplazo hormonal y tratamiento con antibióticos por riesgo de sepsis, entre otros datos y no obstante,

²⁰ Posición que espontáneamente adopta la persona enferma para atenuar el dolor.

la cobertura antibiótica, el 23 de mayo de 2018, V1 presentó una infección de origen urinario que se resolvió con suministro de triple esquema de antibióticos.

83. El 28 de mayo de 2018, V1 fue dada de alta de la UCI e ingresó al área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia en la que permaneció hasta el 1 de junio de ese año en que se decidió su egreso hospitalario por mejoría con las indicaciones correspondientes y seguimiento médico del servicio de Ginecología. Durante este periodo la atención realizada a V1 fue adecuada.

84. Se destaca, que V1 tenía vigentes sus derechos en el ISSSTE como trabajadora ocupando una plaza cuyo contrato concluyó el 30 de junio de 2018, razón por la cual fue suspendido el servicio médico en dicho Instituto, por lo que continuó su atención médica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro al que acceso como víctima directa de delito en la Carpeta de Investigación que inició la Fiscalía General de la República con motivo de la denuncia de los hechos.

85. Cabe señalar que V1 en octubre de 2018 acudió a urgencias del Hospital de Especialidades en comento siendo informada por un médico que la incontinencia urinaria y fecal que presenta tenía origen en una afectación del tabique recto-vaginal relacionado con el parto traumático que generó AR1 y le indicó como tratamiento ejercicios del piso pélvico, los cuales no han resuelto la afectación en V1.

A.3. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V2

86. El 18 de mayo de 2018 a las 13:30 horas, SP3, suscribió la nota de atención de recién nacido V2 y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), describiendo que en la sala de expulsión, durante el trabajo de parto, se emplearon fórceps Simpson para su extracción presentando dificultad en el descenso, rotación y extracción, motivo por el cual, a los pocos minutos se aplicaron

fórceps Kielland y finalmente se extrajo a V2, masculino, 49 cms, Peso: 3,250 kg, apgar no valorable/8/10, de sin esfuerzo respiratorio y flácido por lo que se le realizaron maniobras con adecuada recuperación. A la exploración física registró, entre otros datos, caput succedaneum y cefalohematoma asociados al trabajo de parto y al uso de fórceps.

87. Acorde con la bibliografía, el caput succedaneum²¹ y la cefalohematoma²² no requieren tratamiento específico y generalmente se auto limitan de 24 a 72 horas²³; por otro lado, en cuanto a la lesión en comento, la bibliografía médica refiere que *“el feto o el lactante pueden sufrir diversas lesiones craneoencefálicas traumáticas durante el trabajo de parto o el parto. Pueden ser externas y evidentes o intracraneales y a menudo encubiertas. Algunas son espontáneas, en tanto que otras se deben a partos con instrumentación,”*²⁴ como sucedió en este caso en particular con el uso de fórceps.

88. Entre las lesiones reportadas en recién nacidos se encuentran, entre otras: *“lesiones en la piel (erosiones, heridas, contusiones, equimosis, necrosis grasa), lesiones craneales (caput succedaneum, cefalohematoma, fracturas lineares), lesiones faciales (hemorragia subconjuntival, hemorragia de retina), lesiones músculoesqueléticas (fracturas de clavículas, de huesos largos, lesiones del músculo esternocleidomastoideo), lesiones intraabdominales (hematoma hepático, hemorragia adrenal, hemorragia renal), lesiones de nervios periféricos (parálisis*

²¹ El caput succedaneum es el edema del cuero cabelludo, lesión obstétrica más frecuente, que se produce por compromiso del retorno venoso de la parte presentada, al comprimirse en forma prolongada contra el cérvix u otros tejidos de la pelvis materna. El edema generalmente es blando, se presenta desde el nacimiento puede acompañarse de pequeñas hemorragias capilares, sus bordes no son bien definidos y ocupa el área de más de un hueso, abarcando la zona de una sutura. No requiere tratamiento específico y generalmente se auto limita de 24 a 72 horas. Games E. J., Palacios T., J., Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, Sexta Edición. 2003. Pág. 213

²² Acumulación de sangre ubicada debajo del cuero cabelludo producida por una hemorragia subperióstica. Games E. J., Palacios T., J., Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, Sexta Edición. 2003. Pág. 213.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Cunningham, et. al. Williams Obstetricia. McGraw Hill, 23ª edición, 2010. Pg. 634.

facial y de nervio radial, lesiones del plexo lumbosacro y lesión del plexo braquial), atribuible a parto traumático.”²⁵

89. El personal de enfermería refirió que en el momento en que nació V2, presentó dificultad para iniciar y mantener la respiración, extremidades con tono y fuerza muscular disminuidos, sin malformaciones genéticas aparentes con evento hipóxico (disminución de oxígeno) durante el parto y diagnóstico de probable asfixia al nacimiento, acidosis y un puntaje de Apgar bajo, por lo que ingresó a UCIN para vigilancia de las alteraciones neurológicas que pudiera presentar secundarias al parto traumático.

90. El personal médico refirió que V2 presentó un “APGAR al minuto no valorable, a los 5 min. 8, Silverman a los 10 min 2.” Con relación a la calificación de Apgar, la Guía de Práctica Clínica establece que es un “examen clínico, empleado en gineco-obstetricia al momento de nacimiento, dónde el médico pediatra obtiene una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.

91. Al respecto, si bien es cierto, el personal médico refirió que el Apgar al minuto de vida de V2 no era valorable, también lo es que, a los cinco minutos mejoró mediante maniobras de reanimación otorgadas al neonato por el personal de salud.

92. En el caso de V2, al tener un puntaje de Apgar de 4 a los 5 minutos de vida, era posible determinar que cursó con depresión moderada y asfixia, condición que es grave e inestable, por lo que ameritó manejo especializado en la UCIN.

93. A las 17:25 horas del 18 de mayo de 2018, SP3 valoró a V2 en sus primeras horas de vida extrauterina y lo encontró con disminución de la actividad, coloración azulada de la piel indicando que se continuara con vigilancia estrecha.

²⁵ Murguía G.A., Hernández H.R.J. Nava B.M. Factores de riesgo de trauma obstétrico. Ginecol Obstet Mex 2013; Mex 2013; 81: 297-303.

94. Posteriormente SP3, agregó el diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica I, es decir, con lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional menor a 35 semanas de gestación.

95. V1, contó con dos factores de riesgo obstétrico relacionados con la presentación de asfixia perinatal que registró V2 atribuibles a AR1; el uso de oxitocina y su inadecuada vigilancia antes y durante su administración; así como el parto con maniobra de Kristeller e instrumentado o con fórceps.

96. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal señala que “el daño neurológico se presenta con encefalopatía hipóxico-isquémica. Los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de lesión neurológica comprenden: dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular, depresión de los reflejos primarios, alteración del estado de alerta, crisis convulsivas. La presentación y gravedad clínica depende del grado de hipoxia.”²⁶ De acuerdo a lo descrito por el personal médico, el recién nacido presentó disminución de la actividad, coloración azulada de la piel e indicó que se continuara con vigilancia estrecha.

97. La Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica²⁷, refiere que una forma de detener el daño neuronal es la hipotermia inducida o enfriamiento terapéutico; ya sea enfriar el cuerpo del recién nacido o simplemente la cabeza, durante horas o días. Este tratamiento puede reducir la cantidad de daño a las células cerebrales.²⁸

98. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, acorde con los criterios de la mencionada Guía Práctica²⁹, V2 era candidato para recibir la terapia

²⁶ Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Guía de Práctica Clínica, Secretaría de Salud. México, 2011. Pág. 24.

²⁷ Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. CENETEC; 2017, Pág. 33.

²⁸ *Ibid.* Pág. 36

²⁹ *Ibidem.*

de enfriamiento terapéutico en comento; sin embargo, la médica AR2 que lo atendió y valoró el 18 de marzo de 2018 durante las primeras horas posteriores a su nacimiento omitió indicar su tratamiento, el cual no hubiera garantizado el restablecimiento de la función neurológica pero podía limitar la progresión del daño, mejorando su calidad de vida.

99. El 26 de mayo de 2018 un médico describió en nota de evolución que V2 presentó hipoactividad, Moro incompleto, presión palmar débil, disminución de fuerza muscular, sentado en el aire inadecuado, ligera hipotonía y reflejo Babinski³⁰ espontáneo no muy evidente refiriendo que en su estado actual se encontraba con “*datos de probable daño encefálico secundario a la asfixia*” y que al mismo tiempo contaba con tratamiento médico de protección encefálica y refirió a V2 a neurorehabilitación e indicó estudios de electroencefalograma, potenciales evocados auditivos y visuales, mapeo cerebral y neuroresonancia.

100. Los días subsecuentes, a pesar del estado de gravedad secundario al evento de asfixia que vivió V2, se reportó estable y con evolución adecuada, siendo valorado por diversos médicos quienes solicitaron estudios e interconsultas descartando problemas cardiacos, pulmonares y gástricos, entre otros, en los más recientes documentos, reportó potenciales evocados auditivos y visuales normales y acordes a la edad en que se le realizaron, mejoría notable en la movilidad del lado izquierdo del cuerpo.

101. Se reportó progreso hacia la mejoría por lo que a las 10:00 horas del 31 de mayo 2018 se determinó su alta del Hospital General con seguimiento y terapia física en razón de algunos de los signos clínicos de lesión neurológica que aún presentaba, a los que se dará seguimiento además de los que desafortunadamente se pudieran sumar.

³⁰ Reflejos temporales de los recién nacidos que consiste en que el neonato estira y gira los pies hacia dentro cuando se le roza por el borde externo de la planta del pie, desde el talón hacia los dedos.

102. Cabe subrayar que este Organismo Nacional tuvo conocimiento al momento de la elaboración de la presente Recomendación que V2 tiene problemas de lenguaje, continúa en terapias de rehabilitación en relación con las condiciones de movilidad que presenta y se encuentra en seguimiento por la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México.

103. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional anteriormente, se concluye que AR1 transgredió lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, y lo dispuesto en el artículo 12.1 de la CEDAW, al realizar una serie de acciones para agilizar la resolución del parto de V1 que eran innecesarias en el caso, teniendo como efectos directos en V1 la extirpación de órganos y afectaciones fisiológicas actuales y; en V2, las secuelas neuronales con efectos en lenguaje y motricidad diagnosticados al momento de elaboración de esta Recomendación, además de los que en lo futuro se establezcan en relación con el desarrollo de V2 con lo que se impidió garantizar con efectividad a V1 y V2 su derecho a la protección a la salud.

B. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.

104. Con relación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los hechos que propiciaron la inadecuada atención médica de V1, de acuerdo a su

propia naturaleza también constituyen violencia obstétrica, además de un trato inadecuado hacia la mujer embarazada.

105. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “[...] *la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; “[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”.

106. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como “[u]na 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”³¹ .

107. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los

³¹ Párr. 94.

*procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto*³².

108. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”³³.

109. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”³⁴.

110. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1, ejerció violencia obstétrica en agravio de V1 al omitir proporcionarle una atención médica materna integral con oportunidad y calidad, exponiéndola con sus acciones a circunstancias innecesarias con efectos como los que presentó el binomio materno-fetal.

³² *Ibíd.*, Párr. 49.

³³ CIDH. 7 de junio de 2010, Párr. 84.

³⁴ “Introducción”, Párr. 4.

111. Cabe destacar que conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional el desprendimiento y ruptura de las membranas placentarias que se realizaron durante la resolución de parto de V1 referidas el apartado anterior, evidencia una inadecuada atención médica que si bien no tuvieron relación directa o incidieron en los efectos y lesiones de V1 y V2, la simple realización injustificada, sin consentimiento previo y mediante un tacto vaginal que implica una invasión en el cuerpo de V1 resultan ser un acto de violencia obstétrica en su agravio.

112. Aunado a lo anterior, AR1 indicó el suministro de “oxitocina” a V1 acelerando el trabajo de parto que cursaba de manera adecuada exponiendo al binomio materno fetal a situaciones innecesarias. Este proceso en que AR1 aceleró de manera innecesaria el parto, resulta más grave, considerando que V1 tenía programada una cesárea a las 14:00 horas, que había sido indicada el médico ginecólogo que había atendido la etapa prenatal.

113. Sumando las acciones que realizó AR1 de violencia obstétrica, se observa que interrumpió el normal descenso fetal establecido por la Guía de Práctica Clínica y la bibliografía médica ingresando de manera intencionada a V1 a sala de expulsión para abreviar la resolución del embarazo; aplicó a V1 la maniobra de Kristeller y empleó fórceps de manera fallida, con la inherente realización de episiotomía, hasta lograr el nacimiento V2, generando violencia física innecesaria y un parto traumático constitutivo de violencia obstétrica en el que se expuso al binomio materno fetal a los daños con los que actualmente viven.

114. Respecto de la maniobra de kristeller, como se mencionó con anterioridad, no se ha identificado ninguna justificación para su uso, en cambio, se ha relacionado con un aumento en el riesgo de ruptura uterina y daños al recién nacido, además de que produce lesiones físicas para la madre tales como desgarros perineales, rotura uterina, ruptura de hígado, inversión uterina, hipotensión materna por

compresión de la vena cava, dificultad respiratoria, moretones abdominales, fractura de costilla y dolor, mientras que en el neonato se han distinguido posibles lesiones y afectaciones como céfalohematoma, caput succedaneum, laceraciones y fracturas de clavícula, riesgos a los que fue sometida V1 y que efectivamente ocurrieron, ya que se tuvo como consecuencia la posterior extirpación de útero y un ovario.

115. Asimismo, esta Comisión Nacional estima que no se garantizó el bienestar físico y psicológico de V1, de acuerdo a los estándares enunciados, quien por su profesión de enfermera especialista médica quirúrgica; comprendía lo que le ocurría, suplicó se le realizara cesárea, pidió a AR1 que cesara la maniobra de Kristeller con la que además de los dolores que en el momento tenía, tendría consecuencias como las que a la fecha subsisten.

116. Se observa entonces, que los actos de AR1 constituyen una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por: a) las acciones de desprendimiento y ruptura de membranas que le realizó, b) la inadecuada atención médica que le brindó, al omitir la vigilancia del trabajo de parto e indicar el suministró de oxitocina sin que existiera una causa justificada, c) al realizar la maniobra de Kristeller y d) emplear fórceps en la resolución del embarazo.

117. Bajo esa premisa, se considera que las afirmaciones de V1 tendrán que ser investigadas, a efecto de deslindar responsabilidades respecto a una posible violencia obstétrica y psicológica.

118. Cabe subrayar que, V1 refirió en entrevista a personal de este Organismo Nacional que las diversas cicatrices en su cuerpo y la referida incontinencia le generan problemas psicológicos que le impiden regresar a laborar, aunado a la preocupación y demanda de la atención especializada que requiere V2 que en su

conjunto afectan su vida personal, familiar e íntima con su pareja e incluso su capacidad económica.

119. En ese orden de ideas, la violencia obstétrica de que fue objeto V1 se acrecentó en razón de que por los conocimientos y práctica que tenía como enfermera especialista médica quirúrgica le hacían notar que lo que realizaba el personal del Hospital General tendría evidentes consecuencias negativas en V1 y V2, encontrándose impedida como paciente para hacer algo al respecto, excepto solicitar la realización de la cesárea que como refirió en repetidas ocasiones pidió sin respuesta positiva.

120. La referida violencia se agudizó porque ocurrió en el Hospital en el que V1 laboraba y por quienes eran sus compañeros; circunstancias que, en presunción, debían generar en V1 seguridad y confianza resultando todo lo contrario, implantando en V1 sentimientos negativos aún más profundos y radicales a diferencia de cualquier otra paciente en resolución de embarazo.

121. Cabe señalar que V1 tenía como estilo de vida hacer deporte, actividad que le daba identidad y un lugar social en los grupos en que se desenvolvía, por lo tanto, las afectaciones fisiológicas y físicas, particularmente las cicatrices que con la inadecuada atención médica se generaron en V1 la turban y entristecen, más aún ante la imposibilidad de retomar el ejercicio por indicaciones médicas. Por todo lo anterior, V1 se ve afectada en su salud en el aspecto más amplio.

122. V1 destacó que para recibir atención psicológica acudió al Hospital de Especialidades en que se le diagnosticó abuso físico, episodio depresivo moderado y trastorno por estrés postraumático, siendo referida al Centro Estatal de Salud Mental en el que se le diagnosticó depresión, ansiedad, angustia y estrés postraumático derivados de los hechos de la presente Recomendación.

123. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN AGRAVIO DE V1 y V2

124. La Convención Americana sobre Derechos Humanos prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

125. En la Recomendación 81/2017³⁵, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como *“[...] aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”*.

126. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno

³⁵ CNDH, Recomendación 81/2017, Párr. 92.

ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: “[...] *la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana*”³⁶.

127. Además, ha sostenido que los Estados “[...] *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”³⁷.

128. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V1 por parte de AR1, son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la integridad personal.

129. En este sentido, el 18 de mayo de 2018, AR1 ordenó se suministrara a V1 oxitocina vía intravenosa sin justificación médica para ello para acelerar, la ingresó a sala de expulsión para resolución de embarazo, abrevió de manera intencionada el segundo periodo del trabajo de parto o expulsión, aplicó la maniobra de Kristeller contraindicada en la NOM precisada en puntos anteriores y empleó de manera fallida fórceps en la extracción del producto de la gestación generando un trauma obstétrico caracterizado por desgarró vaginal y cervical, así como caput succedaneum, cefalohematoma y lesiones en la piel de V2, exponiendo a ambas víctimas a los efectos adversos relacionados con las complicaciones que ambos presentaron como lo fue dehiscencia de histerorrafia y hemorragia obstétrica así como asfixia perinatal, respectivamente.

³⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Párr. 117.

³⁷ CrIDH Caso “Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, Párr. 89.

130. Ese mismo día, después de la resolución del trabajo de parto, V1 presentó hemorragia obstétrica que debió ser atendida resultando la extirpación de útero y ovario, cuyos efectos subsisten causando un daño a su integridad física. Por lo que esta Comisión Nacional considera que le fue vulnerado el derecho a la integridad personal.

131. También, se confirmó que V1 fue sometida a prácticas inadecuadas e innecesarias durante el trabajo de parto, mismas que le causaron de manera directa las graves afectaciones mencionadas; las cuales, se suman a la preocupación y tensión que vive desde el nacimiento de V2 por la atención que requiere para atender la secuelas neurológicas que presenta su hijo, pero también las que pudiera presentar en un futuro y que por sus conocimientos profesionales sabe pueden generarse con motivo de las acciones y omisiones de AR1.

132. Por lo anterior, se advierte que AR1 incurrió en negligencia por omisión, incumpliendo con lo dispuesto en el “Código de conducta para el personal de Salud 2002”, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2, 3, 20 y 27, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”; “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”; “Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes”.*

133. Además, AR1 incumplió con lo establecido por el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...]”* en concordancia con la fracción II, del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención

médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos [...]”*.

D. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V1 EN EL INSTITUTO.

134. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, 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”³⁸.

135. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, prevé que “[...] 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 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.”³⁹

136. En la Recomendación General 29 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional 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

³⁸ Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 12, inciso b, fracción IV.

³⁹ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

*con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad*⁴⁰.

137. Al respecto, este Organismo Nacional se ha pronunciado en múltiples ocasiones⁴¹ sobre el incumplimiento de la citada NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, no describen el diagnóstico y tratamiento de forma completa, son ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

138. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

139. En el mismo sentido, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

140. Del análisis realizado por personal de este Organismo Nacional al expediente clínico de V1, se observó que en la Hoja de Trabajo de Parto o Partograma que se elaboró en relación con la atención de V1 se omitió el nombre y cargo del personal que indicó el despegamiento de membranas incumpliendo el apartado 5.10, 5.11 8.9.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, que establecen que las notas del expediente deberán contener nombre del médico tratante, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

⁴⁰ CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, párr. 35.

⁴¹ Entre las más recientes 52/2020, p.75, 45/2020, p. 92; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; 33/2016, p. 104

141. Lo anterior es de mencionarse ya que estas omisiones impidieron conocer la identidad del personal responsable de maniobras y acciones invasivas en el cuerpo de V1 sin su consentimiento vulnerando con ello su derecho a la protección de la salud y el de V2 en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento y las afectaciones inherentes, adversas o secundarias.

E. INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

142. Para esta Comisión Nacional preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la CPEUM, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos, asimismo, se encuentra reconocido en la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que “[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”.

143. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente, en ese sentido, en su artículo 3, párrafo primero, establece que “[e]n 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”.

144. Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que “*Todo niño tiene derecho, [...], a las medidas de*

protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

145. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, “[...] *se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior [...], el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también [...] los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. [...] las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la [...] salud [...] deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él [...] y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses [...]*”⁴².

146. La Observación General 14 “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1), señala que “[...] *a plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral [...] del niño y promover su dignidad humana [...]*”⁴³.

⁴² 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, 6 de enero de 2017, y registro: 2013385.

⁴³ Introducción, inciso A, Párr. 5.

147. La Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, establece, en su párrafo 12, que “[e]l artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, [...] a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños [...]”.

148. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, apunta que todo niño debe recibir “[...] las medidas de protección que su condición [...] requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.

149. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “[...] los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos [...], 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 [...]”⁴⁴.

150. En este tenor, el interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

E.1. VIOLACIÓN AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V2.

151. Al existir una profunda interrelación del binomio materno fetal, AR1 debió observar una serie de procedimientos normados para su atención, entre los que

⁴⁴ CrIDH, “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Párr. 408.

destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. En este sentido, la NOM-007-SSA2-2016 mandata brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez⁴⁵, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

152. En ese tenor, este Organismo Nacional considera que, con motivo del ejercicio profesional de AR1 se transgredió en agravio de V2 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dicha persona servidora pública ocasionaron una afectación a su derecho a la protección de la salud, ya que colocaron a V2 en una situación de riesgo innecesario cuyos efectos aún no pueden ser diagnosticados por médicos especialistas en razón de su natural desarrollo determinado por su edad.

153. La inadecuada vigilancia del trabajo de parto, el uso de oxitocina, la ejecución de maniobra de Kristeller y el empleo de fórceps que durante el parto de V1 que efectuó AR1, incidieron en los datos clínicos que registró V2 al momento de su nacimiento como dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos, alteraciones en la perfusión con las cuales en opinión de médicos de esta Comisión Nacional es posible determinar que V2 estuvo expuesto a eventos de hipoxia o disminución de oxígeno durante el trabajo de parto, generando asfixia al momento de su nacimiento y en consecuencia alteraciones neurológicas secundarias a las complicaciones de V1 durante la resolución del trabajo de parto hasta el nacimiento de V2.

⁴⁵ CNDH. Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 26/2018 de 26 de julio de 2018, p. 116; 79/2017 de 29 de diciembre de 2017, p. 159; 48/2017 de 19 de octubre de 2017, p. 45; y en la Recomendación General 31/2017 pp. 68 y 126.

154. Acorde con la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, *“la asfixia es considerada una causa importante de parálisis cerebral y otras discapacidades neurológicas más costosas debido a su frecuencia (2/1000 nacimientos) y a su cronicidad durante la vida... El examen neurológico del neonato evidenció alteraciones leves en 62%, moderadas en 21% y severas en 17%. Entre los 12 y 18 meses, el examen fue normal en el 58%, 17% presentó alteraciones leves, y 25% lesiones severas...Las secuelas por asfixia se van identificando conforme las habilidades y destrezas esperadas para la edad no se presentan o están alteradas. Generalmente se pueden identificar formalmente; entre el año y los dos años de edad deficiencia o incapacidad motriz y/o neurosensorial. Entre los tres y cuatro años trastornos de la motricidad fina. Después del cuarto año de vida alteraciones de las funciones: cognitivas, lenguaje, comportamiento y escolarización. Los datos sobre la prevalencia de alteraciones neurológicas se establecen generalmente en niños entre los 5 y 7 años de edad, por medio de una valoración médica completa y psicológica.”*⁴⁶

155. Por lo antes descrito, aunado a los problemas de lenguaje y las condiciones de movilidad que presenta actualmente V2, existe una probabilidad de que se sumen otras afectaciones neurológicas. Las cuales en este momento no es posible diagnosticar debido al desarrollo y madurez en relación con su edad, pero que se podrían manifestar durante su infancia.

156. En consecuencia, AR1 y AR2 vulneraron el interés superior de la niñez, por no haber considerado las condiciones mínimas que garantizaran a V2 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad durante su nacimiento que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría “una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de

⁴⁶ Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Guía de Práctica Clínica, Secretaría de Salud. México, 2011. Pág. 62.

forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite⁴⁷ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previene y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

157. En razón de lo anteriormente señalado, esta Comisión Nacional determina que AR1 y AR2 transgredieron el derecho de V2, a la protección de la salud, previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

F. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1 Y AFECTACIONES PARA V2.

158. Para esta Comisión Nacional es importante exponer la afectación al proyecto de vida de V1 y su familia como consecuencia de las violaciones sus derechos humanos. La Corte Interamericana se ha referido a aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y*

⁴⁷ Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, Pág. 26.

adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”⁴⁸.

159. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

160. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2. De ahí que sea necesario analizar no únicamente la situación de V2 como afectado, sino también de V1 en su condición de su madre.

161. Tal como ya ha sido analizado, esta Comisión Nacional advirtió acciones y omisiones en la resolución del parto de V1 que generaron un parto traumático en que destacó la aplicación de Kristeller, empleo de fórceps durante el nacimiento de V2, entre otras situaciones de inadecuada atención médica, que causaron la falta de oxígeno de V2 con las secuelas neurológicas que al momento han sido diagnosticadas y atendidas pero con la expectativa de las que durante los próximos 6 años de su vida pudiera presentar y que limitarían no sólo la calidad de vida de V2, sino la de V1 y toda su familia en conjunto.

162. Lo anterior, como se citó, también ha generado afectaciones en el desarrollo de V2, cuya duración y permanencia no es posible establecer actualmente debido a la edad en la que aún se encuentra, ya que en un futuro podría presentar diversas secuelas aún en la edad escolar, determinantes para su acceso a un ciclo vital como cualquier persona en situaciones comunes, lo que en la vida de V2 y V1 no será, al

⁴⁸ CriDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 149 y 150. Caso de los “Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala” Sentencia de 19 de noviembre 1999, (Fondo). Voto concurrente conjunto de los jueces A. A. Cançado Trindade y a. Abreu Burelli.

requerir un seguimiento médico, neurológico, psicológico y de rehabilitación durante las diversas etapas de su desarrollo para una reparación integral del daño incidiendo, como se mencionó en las expectativas y proyecto de vida.

163. Las secuelas en V2 y los daños subsecuentes que pudieran generarse tanto en su salud como en la de V1 por los hechos acontecidos, son motivo de afectación emocional y psicológica para ambas víctimas, agravios a los que en el caso de V1 se suman las acciones especiales que conlleva el cuidado de V2 modificando el proyecto de vida de la familia que integran.

G. RESPONSABILIDAD.

164. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica y a la integridad física en agravio de V1 y V2, a una vida libre de violencia obstétrica en contra de V1. De igual forma AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad por violación al interés superior de la niñez en agravio de V2 quienes con sus actos y omisiones omitieron garantizar el grado máximo de salud posible.

165. 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 el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente recomendación con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos, o bien, de ser el caso, se amplíe el que pudiera haberse iniciado con motivo de la vista que al momento de la

recepción de la queja de V1 se dio por parte de ese mismo Instituto, cuyo trámite se suspendió acorde con la información proporcionada a este Organismo Nacional con motivo de la pandemia por COVID-19.

166. Asimismo, AR1 es responsable por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

167. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1 y AR2 inobservaron los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

168. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuibles 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 hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

169. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y a la integridad física en agravio de V1, así como al interés superior de la niñez en agravio de V2, se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctimas de violaciones a derechos humanos con independencia de su calidad de víctimas del delito con que se les brinda acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

170. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

a) Medidas de rehabilitación.

171. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

172. De manera inmediata, se deberá continuar la atención psicológica y/o psiquiátrica que requiera V1, por personal profesional especializado y de forma hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para la víctima.

173. Asimismo, se deberá otorgar seguimiento y vigilancia a los padecimientos crónicos de V1 y las secuelas o efectos neurológicos que se pudieran advertir en V2, además de los diagnosticados, particularmente con la incontinencia de V1 y las situaciones físicas y de lenguaje que al momento presenta V2, debiendo practicarse los estudios necesarios por las especialidades en la materia para determinar diagnósticos, tratamientos y pronósticos de manera oportuna y gratuita que permitan garantizar su derecho a la protección de la salud.

174. Como parte del seguimiento en la atención, también se deberá analizar la viabilidad de realizar a V1 una cirugía que revierta la incontinencia que sobrelleva considerando el momento idóneo para ello, tomando en cuenta la situación de la pandemia por el COVID-19, sin argumentar que las condiciones de salud mundial aplacen su atención indefinidamente.

b) Medidas de satisfacción.

175. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la

revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública, y e) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones.

176. En la presente Recomendación se han acreditado violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y V2, por parte de personas servidoras públicas del ISSSTE, por lo que se deberá realizar un reconocimiento de la responsabilidad de esa Institución ante la víctima y sus familiares y se le ofrezca una disculpa.

177. Asimismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1 y AR2 por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron.

c) Garantías de no repetición.

178. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, d) Derecho a la integridad personal, e) Interés superior de la niñez; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

179. Dichos cursos podrán ser tomados en línea en la plataforma del ISSSTE o alguna otra ajena, siempre y cuando sean impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de

sensibilizar al personal de salud. Lo cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

180. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

181. En un término menor de 2 meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se exhorte al personal, 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.

182. Durante tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, ésta deberá ser publicada en la página de intranet de la institución con el fin de que el personal tenga conocimiento del caso y esté en posibilidad de consultarla.

183. En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de

cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

184. Dentro de un plazo de 6 meses, se deberá dotar al Hospital General del ISSSTE en Querétaro del personal médico anestesista que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

d) Medidas de compensación.

185. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 por las acciones y omisiones en las que incurrió AR1 durante la atención médica otorgada a V1 que derivó en efectos y secuelas en V2 de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

186. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V1, V2, V3 y V4 en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que requieran por personal profesional especializado, así como de todas las que requieran y de forma continua

hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional o máximo beneficio en su salud atendiendo a su edad, sexo y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas, se proporcione la atención médica sobre las secuelas físicas de particularmente sobre la posibilidad de una reversión o mejoría en la situación que genera la incontinencia de V1 con base en las evidencias planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Coadyuvar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas con el objeto de proporcionar la atención médica, neurológica y de rehabilitación, así como todas las demás que requiera V2 de personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance su sanación o máximo beneficio en su salud, atendiendo a su edad, sexo y necesidades y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no menor a los 3 meses a partir de aceptada la presente Recomendación, se deberá ofrecer una disculpa institucional a V1, V2, V3 y V4, así como remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore en la integración de la queja que el Órgano Interno de Control en el ISSSTE integre en contra de AR1 y AR2 por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En caso de que el Órgano Interno de Control en el ISSSTE determine responsabilidad administrativa de AR1 y AR2 por los actos cometidos en contra V1 y V2 inmediatamente se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas, y se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

SEXTA. En un plazo menor a 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización,

experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un plazo no mayor a un mes de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del ISSSTE el texto íntegro para el conocimiento del personal y de la población en general, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan en el Hospital General los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, d) Derecho a la integridad personal, e) Interés superior de la niñez; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, los cuales podrán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea y asegurar que las personas señales como AR tomen los cursos y enviar a esta Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de

cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

DÉCIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión 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.

187. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

188. 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.

189. 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.

190. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos



quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA