



RECOMENDACIÓN No. 136 /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 Y V2, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V2 Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 20 de diciembre de 2021.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/2115/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en el Hospital Tacuba que trascendió a la salud e integridad personal de V2.

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 74 y 147, de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y

Acceso a la Información Pública; así como, 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE
Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Tacuba



Institución	Acrónimo
Clínica Médica Familiar Cuitláhuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Clínica Familiar Cuitláhuac
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, <i>“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”</i>	NOM-Para la Atención de la Mujer y de la persona Recién Nacida
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, <i>“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”</i>	NOM-Para la Atención en los Servicios de Urgencias
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	NOM-De Infraestructura y Equipamiento de Hospitales
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Guía de Práctica Clínica	GPC

I. HECHOS.

5. El 1° de marzo de 2018, se recibió en este Organismo Nacional procedente de la Comisión de Derechos Humanos del entonces Distrito Federal, la queja presentada por V1, por presuntas violaciones a sus derechos humanos y de V2,

atribuibles a personal médico del Hospital Tacuba, iniciándose el expediente CNDH/1/2018/2115/Q.

6. V1 indicó que el 14 de octubre de 2017 fue al Hospital Tacuba porque se encontraba en la 40 semana de embarazo, con 3 cm. de dilatación y cuando le hicieron un “registro”, escuchó que la enfermera y el doctor comentaron que ya tenía contracciones pero que no las sentía, pidiéndole que se vistiera y que se retirará, horas más tarde empezó con contracciones muy intensas y duraderas, por lo cual regresó a Urgencias, donde presentó hemorragia que provocó una cesárea urgente con anestesia general, indicándole dos doctores que eso fue lo que provocó a V2, encefalopatía hipóxico-isquémica sarnet II,¹ y agregó que esa negligencia le ha costado mucho porque su hijo requiere cuidados especiales que no le puede dar como lo necesita.

7. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias de los expedientes clínicos de V1 y V2 del ISSSTE e informes respecto de la atención médica brindada, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Correo electrónico de 1 de marzo de 2018 remitido por la Comisión de Derechos Humanos del entonces Distrito Federal con la queja de V1, quien se inconformó con la atención médica proporcionada en el Hospital Tacuba.

9. Oficio SG/SAD/JSCDQR/02305-9/18 de 27 de junio de 2018, a través del cual el ISSSTE remitió a este Organismo Nacional, informes y copia del expediente clínico de V1, destacándose lo siguiente:

¹ La encefalopatía hipóxico-isquémica es el estado clínico que resulta de la falta de oxígeno y sangre en el cerebro inmediatamente antes o durante el nacimiento y dependiendo de la intensidad de esta carencia, puede, además, provocar daño en otros órganos internos como el corazón, riñones, hígado e intestinos.

- 9.1.** Solicitud de referencia de 15 de mayo de 2017, de la Clínica Familiar Cuitláhuac a Obstetricia del Hospital Tacuba.
- 9.2.** “*Reporte de indicaciones médicas del paciente*” de 1 de junio de 2017, en la cual se describió a V1, con 13.2 semanas de gestación.
- 9.3.** “*Ultrasonografía obstétrico de inicio*” de 4 de julio de 2017, en el cual se reportó a V1, con 26.5 semanas de gestación.
- 9.4.** Nota médica del paciente y reporte de indicaciones médicas de 5 de julio de 2017, en la cual se describió a V1, con 26.6 semanas de gestación.
- 9.5.** Nota médica del paciente de 23 de agosto de 2017, en la cual se describió a V1, con 29.6 semanas de gestación y edad materna de riesgo.
- 9.6.** “*Ultrasonografía obstétrico de inicio*” de 18 de septiembre de 2017, en la cual se indicó que V1 cursaba 37.4 semanas de gestación.
- 9.7.** Nota médica de 21 de septiembre de 2017, en la cual se diagnosticó a V1 con 38 semanas de gestación, alto riesgo y edad materna avanzada.
- 9.8.** Hoja de urgencias de las 10:46 horas de 13 de octubre de 2017, en la que AR1 indicó que V1 pasaría “*a la toco a PSS (prueba sin estrés)*”.
- 9.9.** Resumen de evolución y tratamiento de las 19:13 horas de 13 de octubre de 2017, en la cual AR3 indicó que V1, “*abandonó la unidad médica sin dar aviso al médico que la valoró (...)*”.
- 9.10.** Hoja de triage obstétrico de V1 elaborada por personal de enfermería a las 23:00 horas de 13 de octubre de 2017, en la cual se le describió con 4 cm. de dilatación, movimientos fetales al momento de ingreso presentes y en el transcurso ausentes con estado de conciencia alterado.

- 9.11.** Hoja de urgencias de las 23:22 horas de 13 de octubre de 2017, en la cual se asentó que V1 fue valorada a las 23:47 horas por AR2.
- 9.12.** Consentimiento bajo información para atención hospitalaria de 13 de octubre de 2017 firmada por AR2, V1 y su progenitora.
- 9.13.** Consentimiento bajo información para atención obstétrica de 13 de octubre de 2017, firmada únicamente por V1 y su progenitora.
- 9.14.** *“Indicaciones para su clínica de adscripción”* de las 00:05 horas de 14 de octubre de 2017, en la cual se indicó que se activó el *“código mater”*.²
- 9.15.** Nota de ingreso a Tococirugía de las 12:20 horas del 14 de octubre de 2017, en la cual AR4 indicó que V1 presentaba desprendimiento de placenta normoinserta, esto es, implantada correctamente.
- 9.16.** Nota de la Unidad Tocoquirúrgica de las 00:14 horas, en la cual AR4 diagnosticó a V1, con desprendimiento de placenta severa, trabajo de parto en fase activa y pérdida del bienestar fetal.
- 9.17.** Nota de postcirugía del servicio de Tococirugía de las 01:30 horas, en la cual AR4 asentó que V2 nació en paro cardiorrespiratorio.
- 9.18.** Nota de anestesiología de las 01:40 horas del 14 de octubre de 2017 realizada por AR5.

² El Lineamiento Técnico del Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, lo define como la activación de un mecanismo de alerta o llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

- 9.19.** Carta de consentimiento informado de procedimientos anestésicos de 14 de octubre de 2017, firmada por la progenitora de V1, en la cual AR5 precisó que aplicaría anestesia general.
- 9.20.** Nota de evolución del servicio de Tococirugía y entrega de guardia de las 07:30 horas de 14 de octubre de 2017, en la que AR4 describió a V1 sin datos de urgencia inmediata derivado de evento quirúrgico.
- 9.21.** “*Hoja de operaciones*” de 14 de octubre de 2017, en la que AR4 asentó que V2 fue enviado a la UCIN.
- 9.22.** Indicaciones médicas de las 01:45 horas de 14 de octubre de 2017, en la que AR4 ordenó que V1 pasará a recuperación.
- 9.23.** Resumen de evolución y tratamiento del servicio de Ginecoobstetricia de 15 de octubre de 2017, en la cual se describió a V1 con pronóstico reservado a evolución.
- 9.24.** Reporte de evolución y tratamiento del servicio de Ginecoobstetricia de 16 de octubre de 2017, en la cual AR1 diagnosticó a V1, con puerperio quirúrgico mediato secundario a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- 9.25.** Hoja de egreso hospitalario de V1 de las 10:30 horas de 17 de octubre de 2017.
- 9.26.** Informes de 6 de abril de 2018, realizados por AR2 y AR4 con motivo de la atención médica proporcionada a V1.
- 10.** Oficio SG/SAD/JSCDQR/4077-1/18 de 24 de agosto de 2018, signado por el Jefe de Servicios del ISSSTE, quien remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico de V2, del cual se destacó lo siguiente:

- 10.1.** Aviso de nacimiento de V2, de las 24:22 horas de 14 de octubre de 2017.
- 10.2.** Nota de ingreso de V2 a la UCIN de las 01:30 horas de 14 de octubre de 2017.
- 10.3.** Notas de evolución del 14 y 15 de octubre de 2017, en las cuales se indicó que V2 continuaba con vigilancia estrecha, sumamente grave.
- 10.4.** Notas de evolución de 16 de octubre de 2017, en las cuales se describió a V2, con alto riesgo neurológico y monitorización estrecha.
- 10.5.** Notas de evolución de 17 de octubre de 2017, en las cuales se diagnosticó a V2, con riesgo alto de complicaciones metabólicas, sepsis, deterioro neurológico, daño a órgano blanco y muerte.
- 10.6.** Notas de evolución de 18 y 19 de octubre de 2017, en las cuales se reportó que no había rayos X ni electrocardiograma disponibles.
- 10.7.** Notas de evolución de 20 de octubre de 2017, en las cuales se reportó a V2, con abundantes secreciones verdosas.
- 10.8.** Nota de evolución vespertina de 20 de octubre de 2017, en la cual la especialista en Neonatología solicitó la valoración de V2 por Neurología Pediátrica.
- 10.9.** Notas de evolución nocturna de 21 de octubre de 2017, en las cuales se reportó a V2 con mejoría, pero con alta posibilidad de secuelas neurológicas.
- 10.10.** Nota de evolución de 22 de octubre de 2017, en la cual se indicó que estaba pendiente la valoración de V2 por Cardiología.

10.11. Notas de evolución de 23 de octubre de 2017, en las cuales se asentó que no había electrocardiograma ni rayos X portátil.

10.12. Notas de evolución de 24 de octubre de 2017, en las cuales se indicó que estaba pendiente la interconsulta de V2 con Cardiología y el resultado del ultrasonido transfontanelar (UST de control).

10.13. Solicitud de consulta para laboratorio de 24 de octubre de 2017, para verificar sus niveles terapéuticos de anticomicinal (DFH) por asfixia severa y crisis convulsivas.

10.14. Notas de evolución de 25 de octubre de 2017, en la cual se reportó a V2, muy grave.

10.15. Reporte de ecocardiografía de 25 de octubre de 2017, en el cual se concluyó que V2 presentaba abertura natural entre las dos cavidades superiores del corazón antes de nacer (foramen oval permeable, suele cerrar entre 6 meses y 1 año sin problemas).

10.16. Notas de evolución de 26 de octubre de 2017, en las que se reportó a V2, con monitorización estrecha.

10.17. Notas de evolución de 27 de octubre de 2017, en las cuales se describió a V2, con alto riesgo neurológico.

10.18. Notas de evolución de 28 de octubre de 2017, en las que se diagnosticó a V2 con: encefalopatía hipóxico-isquémica, Sarnat 1-2 y cardiopatía congénita (foramen oval).

10.19. Nota de evolución nocturna de 29 de octubre de 2017, en la cual se reportó a V2, muy delicado.

10.20. Notas de evolución de 30 de octubre de 2017, en las cuales se indicó que se solicitaría la interconsulta de V2 por Medicina Física y Rehabilitación.

10.21. Nota de evolución de 31 de octubre de 2017, en la cual se indicó que V2 seguía pendiente la valoración por Rehabilitación Física.

10.22. Nota de interconsulta a Medicina Física y Rehabilitación de 1 de noviembre de 2017, en el que se reportó a V2 con alto riesgo neurológico y probable crisis parcial simple.

10.23. Nota de las 13:00 horas sin fecha, en la cual se reportó la valoración de V2 por Rehabilitación, se sugirió nuevo anticomicial (ácido valproico), realizándose solicitud de compra.

10.24. Nota de evolución agregada vespertina de 1 de noviembre de 2017, en la cual se asentó que V2 no usara ácido valpropico al encontrarse prescrito para mayores de tres meses.

10.25. Nota de evolución de 2 de noviembre de 2017, en la cual se describió a V2, con mala succión o deglución.

10.26. Notas de evolución de 3 de noviembre de 2017, en las cuales se indicó que se realizaría a V2, toma de tamiz neonatal.

10.27. Notas de evolución matutinas y vespertinas de 4 de noviembre de 2017 en las que se describió a V2, sin reflejo de succión adecuado.

10.28. Notas de evolución de 6 de noviembre de 2017, en las que se indicó que V1 fue adiestrada en lactancia y baño, solicitándose potenciales auditivos y visuales.

10.29. Nota de evolución de 7 de noviembre de 2017, en la que se solicitó tomografía simple de cráneo de V2, así como toma de potenciales evocados auditivos y visuales del tallo cerebral.

10.30. Tomografía computada de cráneo de 7 de noviembre de 2017 realizada a V2.

10.31. Resultado electroencefalográfico de 8 de noviembre de 2017 realizado a V2 en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

10.32. Nota de evolución agregada vespertina de 9 de noviembre de 2017, realizada por la especialista en Neonatología.

10.33. Nota de evolución de 10 de noviembre de 2017, en la cual se solicitó la interconsulta de V2 por Neurología Pediátrica.

10.34. Notas de evolución de 11, 12, 13 y 14 de noviembre de 2017, en las cuales se reportó a V2, delicado con pronóstico reservado.

10.35. Nota de oftalmología de 15 de noviembre de 2017, en la que se indicó que no se contaba con oftalmoscopio indirecto para la revisión de V2, solicitándose su envío a un tercer nivel.

10.36. Notas de evolución de 15 de noviembre de 2017, en las que se asentó que estaba pendiente la interconsulta de V2 por Oftalmología a tercer nivel.

10.37. Hoja de solicitud de consulta de especialidad del Hospital Tacuba al servicio de Neurología Pediátrica de 17 de noviembre de 2017.

10.38. Notas de evolución del 18, 19 y 20 de noviembre de 2017, en las cuales se reportó a V2, con mejoría.

- 10.39.** Nota de evolución matutina de 21 de noviembre de 2017, en la cual se indicó que se tomará un examen de sangre para medir la cantidad de serotonina en el cuerpo (niveles séricos) de V2.
- 10.40.** Nota de evolución de 22 de noviembre de 2017, en la cual se indicó que se esperaba el egreso de V2.
- 10.41.** Hoja de egreso hospitalario de V2 de 22 de noviembre de 2017, pendiente valoración por Neurología Pediátrica y seguimiento en Rehabilitación y estimulación temprana.
- 11.** Acta Circunstanciada de 7 de febrero de 2019, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica con V1, quien informó que presentó una denuncia, pero desconocía ante qué dependencia.
- 12.** Acta Circunstanciada de 14 de marzo de 2019, en la que se hizo constar la llamada telefónica con V1, quien indicó que no contaba con los datos de su denuncia porque no lograba comunicarse con su abogada.
- 13.** Acta Circunstanciada de 11 de junio de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que personal del ISSSTE informó que no se inició ninguna queja médica con motivo de los hechos que nos ocupan.
- 14.** Opinión médica de 9 de julio de 2020, en la que personal médico de esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el ISSSTE.
- 15.** Actas Circunstanciadas de 1 y 8 de octubre de 2020, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V1 comunicó que a V2 se le sigue proporcionando atención y que no presentó denuncia ante el Ministerio Público.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

16. El 11 de junio de 2019, el ISSSTE informó a esta Comisión Nacional, que no inició ninguna queja médica con motivo de los hechos que nos ocupan; en tanto, el 8 de octubre de 2020, V1 informó que no presentó denuncia ante el Ministerio Público de la Federación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

17. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2018/2115/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan 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 y V2, al interés superior de la niñez y al acceso a la información en materia de salud atribuibles a AR1 adscrito a Urgencias y AR2 adscrita a Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba, con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

18. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

19. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que "(...) *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado*

que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”

20. El párrafo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”³

21. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,⁴ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

22. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, en la que se afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

23. El párrafo 7 de la Observación General No. 1511 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “(...) *El derecho*

³ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴ “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.

del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (...)”, a su vez, en el párrafo 25, indica que *“(...) Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)”*.

24. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

25. Respecto al derecho a la protección de la salud, en relación con la salud reproductiva, el párrafo 27 de la Recomendación General 24 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, reconoce que *“(...) es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.

26. En los párrafos 180 y 181 de la Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, se estableció que existe interrelación del binomio materno-infantil, por tanto *“la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”* y el *“personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para [dicha] atención”* y mantener una adecuada vigilancia obstétrica a fin de que se detecten y, en su caso, se prevengan los factores de riesgo en dicho binomio.

27. 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”⁵.

28. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1 adscrito a Urgencias y AR2 del servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba en su respectiva intervención no consideraron su calidad de garantes en la atención médica brindada a V1 derivada de los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con los numerales 1 y 22, del Reglamento del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud de V1 que trascendió a V2, como se acreditará posterior al análisis de los antecedentes prenatales de V1.

❖ **Antecedentes prenatales de V1.**

29. V1, con 38 años de edad, al momento de los hechos, con antecedentes ginecobstétricos de dos partos uno el 3 marzo de 2002 y otro el 21 de ese mes, pero de 2013, este último con hemorragia obstétrica, dos abortos espontáneos en 2005 y 2015, y con motivo del quinto embarazo, el 15 de mayo de 2017 fue referida de la Clínica Familiar Cuitláhuac a Obstetricia del Hospital Tacuba para supervisión en “*madre añosa, multípara*”, con 9 semanas y fecha probable de parto para el 4 de noviembre de 2017.

30. Desde el 1 de junio de 2017, acudió a su control prenatal en el Hospital Tacuba para supervisión de su embarazo de alto riesgo por edad materna avanzada, multigesta y obesidad, con citas subsecuentes el 5 de julio, 23 de agosto y 21 de septiembre de 2017, en las que identificaron sus factores de riesgo, le realizaron laboratorios prenatales y ultrasonidos, enseñándole datos de alarma obstétrica (sangrado, contracciones, perdida transvaginal, hipomotilidad

⁵ OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010, párr. 84.

fetal), entre otros, lo cual se apegó a la precitada NOM-Para la Atención de la Mujer y de la Persona Recién Nacida, de ahí que se determine que la atención médica que recibió V1 durante el su control prenatal fue adecuada, enseguida se abordarán las irregularidades en su atención médica y que generaron la vulneración a sus derechos humanos extensivos a V2.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

❖ Servicio de Urgencias del Hospital Tacuba.

31. El 13 de octubre de 2017, a las 10:46 horas, V1 acudió a Urgencias del Hospital Tacuba, donde AR1 la reportó con signos vitales normales y de acuerdo a su ultrasonido indicó que cursaba 37.4 semanas de embarazo con 2 cm. de dilatación al tacto vaginal y 10% de borramiento con cérvix blando, movimientos fetales presentes (+++), sin salida de líquido ni sangre (pérdidas transvaginales), contracciones aisladas, otra de mayor intensidad, fondo uterino de 32 cm., producto con cabeza en posición (presentación cefálica) y latido cardiaco fetal de 150' por minuto.

32. AR1 indicó que V1 se encontraba con 37.2 semanas de gestación por fecha de última regla y 40.6 semanas por ultrasonido de tercer trimestre, refiriéndola a Tococirugía para una prueba sin estrés "PSS", método diagnóstico para evaluar el bienestar fetal, al respecto en opinión del especialista de esta Comisión Nacional, el manejo clínico de AR1 fue inadecuado por lo siguiente:

32.1. Omitió su adecuado interrogatorio e historia clínica para valorar sus factores de riesgo y antecedentes de importancia, aunado a que no le realizó partograma,⁶ ni registro cardiotocográfico y perfil biofísico del producto de la festación (movimientos fetales gruesos, tono fetal, movimiento fetal

⁶ Gráfica de parámetros del parto como contracciones uterinas (intensidad, frecuencia y duración), frecuencia cardiaca fetal, dilatación cervical y altura de la presentación fetal en la pelvis.

respiratorio, volumen de líquido amniótico, reactividad de la frecuencia cardiaca fetal).

32.2. Inadecuadamente egresó a V1, a quien debió dejarla hospitalizada para vigilancia estrecha y resolución del parto por la mejor vía, lo que hubiera prevenido sus complicaciones posteriores, aunado a que la prueba sin estrés que ordenó mostró datos incipientes de compromiso funicular,⁷ por tanto, AR1 incumplió la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo, que sugiere la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal como método de evaluación de la salud fetal, debiéndose considerar su alteración, un dato de alarma temprana para sospecha de mayor riesgo de pronóstico adverso.

❖ **Servicio de Urgencias de Ginecoobstetricia del Hospital Tacuba.**

33. Una vez que se realizó la valoración de V1 para la prueba sin estrés, se advirtieron “*datos incipientes de compromiso funicular*”, lo cual en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, implicaba “*distocia funicular*”, esto es, una causa que podía interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical, pudiéndose identificar con un trazado cardiotocográfico para detectar tempranamente hipoxia fetal y prevenir algún daño neurológico o muerte fetal, razón por la cual a las 19:13 horas del mismo 13 de octubre de 2017, AR3 llamó a V1 en diversas ocasiones sin que la localizara.

34. A las 23:00 horas del referido 13 de octubre de 2017, V1 regresó a Urgencias de Ginecología y Obstetricia, realizándole SP1 un Triage Obstétrico, en el cual documentó su ingreso con signos vitales normales (36.5 C°, FC 84 latidos por minuto, FR 18 respiraciones por minuto, TA 120/80), 40.6 semanas de gestación y estado de conciencia normal, advirtiéndose del formato correspondiente que “*al momento del ingreso*” había movimientos fetales y “*en el*

⁷ Situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso, procúbito -cordón por delante de la presentación-, laterocidencia -cordón al lado de la presentación-, nudos o falsos nudos.

transcurso de la valoración” fueron ausentes con estado de conciencia alterado, hemorragia transvaginal y actividad uterina (trabajo de parto) con 4 cm. de dilatación, datos indicativos de que requería atención inmediata, la cual no recibió.

35. A las 23:47 horas de 13 de octubre de 2017, V1 fue atendida por AR2, quien no consideró sus valoraciones previas, debido a que a las 19:13 horas, AR3 la reportó con datos incipientes de causas que podían interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical (compromiso funicular), aunado a que los datos del triage obstétrico ameritaban la urgente resolución del embarazo ante su estado de conciencia alterado, hemorragia transvaginal, dolor en cuadrante superior derecho y/o epigastrio, 4 cm. de dilatación y ausencia de movimientos fetales, tres de los cuales son considerados código rojo,⁸ esto es, una real urgencia.

36. AR2, realizó una exploración física a V2, quien la observó con signos vitales dentro de los parámetros normales, que cursaba por un embarazo con producto único de 40.6 semanas de gestación, con una dilatación que se encontraba al 50%, en trabajo de parto activo e indicó su ingreso para vigilancia y atención del parto.

37. Al respecto, el especialista de este Organismo Nacional consideró que V1 recibió inadecuada atención médica por AR1 por las razones expuestas, así como por AR2, al no haber realizado el interrogatorio e historia clínica completa que le permitiera conocer los factores de riesgo obstétrico de V1 con sus antecedentes de importancia, ya que durante su segundo embarazo presentó hemorragia obstétrica, considerándose su actual embarazo de alto riesgo por obesidad y edad materna, sin que verificara el bienestar del binomio materno-fetal mediante algún ultrasonido obstétrico o registro cardiotocográfico, lo cual era importante por los

⁸ De acuerdo con el: “Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico”, se define al código rojo como toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

datos que presentó a las 19:13 horas del 13 de diciembre de 2017 que podían interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical.

38. Si AR2 hubiera valorado los antecedentes obstétricos de V1, hubiera ordenado la resolución urgente de su embarazo de alto riesgo con datos que requerían una inmediata atención, lo que al no haber acontecido repercutió gravemente en las complicaciones que posteriormente presentó, acreditándose que en su actuación no garantizó la salud del binomio materno-fetal, por tanto, incumplió la GPC Control Prenatal con Enfoque de Riesgo y los puntos 5.1.11, 5.1.13, 5.1.14, 5.5, 5.5.2, 5.5.4, 5.5.8, de la NOM-Para la Atención de la Mujer y la Persona Recién Nacida, que establecen que toda atención durante el embarazo o el parto se requiere que el personal médico detecte, registre, asigne y maneje oportunamente cualquier riesgo reproductivo, obstétrico o perinatal con debida atención de urgencias obstétricas que incluya atención médica con calidad y respeto a sus derechos humanos, lo cual no sucedió.

39. A las 00:05 horas de 14 de octubre de 2017, AR2 detectó en V1, actividad uterina frecuente y posteriormente la diagnóstico con “*útero hipertónico*” que consiste en la pérdida de musculatura del útero a consecuencia de lo cual se da ausencia de contracción, lo que significa que su trabajo de parto no evolucionó adecuadamente, sin que AR2 adoptara las acciones necesarias para contrarrestar los riesgos que representaban para la salud de V1 y V2 ante la frecuencia cardíaca fetal ausente, 4 cm. de dilatación semiborrado con sangrado y coágulos abundantes.

40. Dada la condición de V1, AR2 activó el código mater para su preparación prequirúrgica al cursar una verdadera urgencia, a las 00:14 horas de 14 de octubre de 2017, AR4 indicó que canalizarían dos vías y enviarían muestras para laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación y sangrado), AR5 solicitó anestesia de urgencia para código mater por embarazo de 40.6 semanas de gestación con desprendimiento de placenta del 40% y

frecuencia cardiaca fetal lenta (bradicardia fetal severa), previo consentimiento informado y firmado por la progenitora de V1.

41. A las 00:16 horas, V1 ingresó a la sala de Tococirugía con oxigenación por mascarilla manteniendo la TA en 115/70 en promedio, por lo cual a las 00:21 horas AR4 y AR2 iniciaron la cirugía y a las 00:22 horas se obtuvo producto masculino de 3,740 gramos en paro cardiorrespiratorio que ameritó maniobras de reanimación avanzada con intubación orotraqueal y su ingreso a la UCIN con APGAR 0-2-7.

42. Acreditándose que las acciones y omisiones de AR1 y AR2 contribuyeron en el deficiente proceso inicial de V1, a quien no se le garantizó la prestación de servicios de atención médica obstétrica que requería para preservar el binomio materno-fetal por su antecedente de embarazo de alto riesgo, lo cual pudo haberse evitado si desde que acudió con AR1, la hubiera mantenido en observación, o en su caso, si AR2 hubiera advertido su reporte de datos incipientes de interrupción total o parcial de la circulación umbilical, así como los asentados en el triage obstétrico, indicativos de resolución inmediata del embarazo, lo que al no haber sucedido trascendió a la afectación de la salud del producto de la gestación, quien presentó encefalopatía hipóxico-isquémica por asfixia neonatal secundaria al desprendimiento prematuro de placenta normal, generándole secuelas neurológicas permanentes pese al adecuado manejo clínico durante su estancia en la UCIN, de la cual se ordenó su egreso para evitar infecciones nosocomiales con continuación de su protocolo de estudio en la consulta externa de Pediatría y Neurología Pediátrica.

43. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que el 6 de abril de 2018, AR2 y AR4 emitieron su informe con motivo de la atención brindada a V1 en el cual coincidió con las evidencias analizadas, las cuales acreditaron la vulneración al derecho humano a la protección a la salud de V1 que trascendió a la integridad personal de V2, como se comprobó, por tanto dichas personas servidoras públicas incumplieron con la precitada NOM-Para la Atención de la

mujer y de la Persona Recién Nacida, cuyo texto introductorio destaca que la mayoría de los daños obstétricos y riesgos para la salud del binomio materno-fetal pueden ser prevenidos, detectados y tratados mediante procedimientos normados para su atención, enfoque de riesgo y actividades eminentemente preventivas que favorezcan el desarrollo normal de las etapas del proceso gestacional y prevengan complicaciones, sin que AR1 y AR2 lo hubieran considerado.

44. Se afirma que AR1 y AR2 incumplieron su deber de garantizar con calidad y oportunidad la atención médica obstétrica de V1 en Hospital Tacuba, lo que repercutió en la salud de V2, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 1 Bis, 2, fracciones I y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61 fracción I, 61 Bis, de la LGS; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la LGS, así como la NOM-Para la Atención de la mujer y de la Persona Recién Nacida, 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (*"Pacto de San José"*); 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como el punto 4.1.1, de la NOM-Para la Atención en los Servicios de Urgencias, así como con los artículos 72 y 99 del referido Reglamento de la LGS correlacionado con la fracción LII, del artículo 3, del Reglamento del ISSSTE; con lo cual vulneraron el derecho humano a la protección de la salud de V1 y V2.

45. A consecuencia de ello, V2 cursará secuelas neurológicas permanentes y retraso global del desarrollo que afectó directamente su sistema nervioso central por lo que requerirá atención integral toda su vida como se comprueba enseguida.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1 y V2.

46. El derecho a la integridad personal está interrelacionado con el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, por tanto, los prestadores de los servicios de salud están obligados a contar con

conocimientos necesarios que su praxis exige para brindar atención adecuada y oportuna que garantice a los usuarios el derecho a su integridad personal.

47. En la Recomendación 81/2017, párrafo 92, se definió al derecho humano a la integridad personal 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”*.⁹

48. El artículo 5, punto 1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), en términos generales especifica que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física.

49. La CrIDH sostiene 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”*,¹⁰ asimismo, ha puntualizado que *“[l]a 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.”*¹¹

❖ **Vulneración al derecho a la integridad personal de V1 y V2.**

50. Toda persona tiene derecho a ser protegida en su integridad personal, constituyendo en el caso particular las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V1 por parte de

⁹ CNDH. “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la libertad personal de V1, V2, V3, V4 Y V5; a la seguridad jurídica de V5, a la integridad personal por actos de tortura cometidos en contra de V1, (...) V3 (...) V4 (...) y V5 (...), así como el derecho a una vida libre de violencia y el interés superior de la niñez de V2 niña de 1 año, V3 y V4, y a la justicia por inadecuada procuración de justicia, en agravio de V1, V2, V3, V4 y V5”, publicada el 29 de diciembre de 2017.

¹⁰ CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

¹¹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

AR1 y AR2, el soporte que confirma la violación al derecho humano a la integridad personal de V1 y V2, ante la deficiente vigilancia obstétrica que le provocó una hemorragia que ameritó la activación del código mater y con ello la resolución inmediata de su embarazo ante el desprendimiento de su placenta que previo a ello se encontraba normal, lo que le generó daño a su integridad personal que trascendió a la del producto de la gestación.

51. Lo anterior confirma el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica, Sarnat II y retraso global del desarrollo de V2, padecimientos que en opinión del experto de esta Comisión Nacional, le ocasionaron secuelas neurológicas permanentes que afectan directamente a su sistema nervioso central manifestadas con débil succión/deglución y músculos rígidos (espasticidad), los cuales requerirán atención integral durante su vida por Medicina Física, Rehabilitación, Neurología, Gastroenterología/Nutrición y aquellas que demande su estado de salud, sin soslayar que tales daños son imposibles de determinar, y derivaron del inadecuado manejo que AR1 y AR2 dieron a su progenitora, transgrediéndose su interés superior de la niñez como se menciona a continuación.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

52. 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 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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”.

53. 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, en ese sentido, en el artículo 3.1, establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio; a su vez, 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”*.

54. La SCJN, en relación con el interés superior del menor ha considerado que 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 (...).”*¹²

55. 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

¹² 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.

las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1),¹³ señala que *“La 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 (...)”*.

56. 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 que *“(...) El 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 (...)”*.

57. 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 (...)”*.¹⁴

58. Enseguida se establecerán las razones por las cuales AR1 y AR2 vulneraron el principio de interés superior de la niñez de V2 como consecuencia del inadecuado manejo médico de V1.

C.1. Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V2.

59. Esta Comisión Nacional considera que V2 forma parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad desde antes de su nacimiento por los

¹³ Introducción, inciso A, párrafo 5.

¹⁴ “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

factores de riesgo de su progenitora como sobrepeso y edad materna, así como el antecedente de hemorragia obstétrica, particularidades que la hacían merecedora obligatoria de vigilancia estrecha para que se le brindará la resolución del parto por la mejor vía, previniéndose las secuelas neurológicas permanentes que ocasionó su negligencia en V2, corroborándose la falta de vigilancia del binomio materno-fetal con lo cual además se vulneró el principio de interés superior de la niñez.

60. No obstante que la NOM-Para la Atención de la Mujer y de la persona Recién Nacida alude a la atención oportuna, con calidad y calidez de las pacientes embarazadas con adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir factores de riesgo en el binomio materno-infantil, AR1 y AR2 lo omitieron en su respectiva intervención, vulnerando en agravio de V2, el interés superior de la niñez al haberle provocado la afectación a su derecho a la protección de la salud y a su integridad personal, ya que pese a que pudieron verificar y valorar los antecedentes y síntomas de V1, lo omitieron, lo cual les genera responsabilidad.

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

61. 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 con su propia naturaleza constituyen violencia obstétrica, además de un trato inadecuado hacia la mujer embarazada, al respecto, 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”.

62. Esta Comisión Nacional en el párrafo 94, de la Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, la define 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”.

63. 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 procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”.¹⁵

64. En la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, la OMS en 2014 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”*.¹⁶

¹⁵ Recomendación General 31/2017 *“Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”*, párr. 49.

¹⁶ “Introducción”, párr. 4.

65. La especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas también está establecida en Normas Oficiales Mexicanas y GPC como referentes en la prestación de los servicios de salud materna, las cuales fueron inobservadas por AR1 y AR2 el 13 de octubre de 2017, al haberse advertido que ejercieron violencia obstétrica en agravio de V1, al omitir proporcionarle la atención médica materna integral con oportunidad y calidad, exponiéndola sus acciones a circunstancias innecesarias con efectos que trascendieron al binomio materno-fetal, lo cual se constata a continuación.

D.1. Violación al derecho humano de V1, a una vida libre de violencia obstétrica.

66. Este Organismo Nacional consideró que AR1 y AR2, adscritos al servicio de Urgencias y Urgencias de Ginecoobstetricia en el Hospital Tacuba, además de omitir proporcionarle a V1, la atención la materna con calidad, calidez y oportunidad a la cual tenía derecho, incurrieron en violencia obstétrica al no haber considerado sus antecedentes y sintomatología presentada a su ingreso a Urgencias del Hospital Tacuba el 13 de diciembre de 2017.

67. Situación que impidió la resolución del embarazo en tiempo, ya que, no obstante que AR1 advirtió que V1 presentaba contracciones e incluso percibió en su valoración, otra aislada de mayor intensidad, la a Tococirugía para verificar el estado fetal, cuando lo idóneo era que permaneciera en Observación por sui antecedente de embarazo de alto riesgo, lo cual incidió en la urgencia obstétrica que presentó posteriormente, aunado a que el resultado de dicha prueba evidenció datos que podían interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical.

68. Ante la falta de vigilancia estrecha de AR2 para con V1, limitándose a establecer a las 23:47 horas del 13 de octubre de 2017, que se encontraba en trabajo de parto en fase activa indicando su ingreso, a las 00:05 horas del 14 de ese mismo mes y año, indicó que presentaba desprendimiento prematuro de placenta normal y ausencia de movimientos fetales, lo cual ameritó la activación del código mater y una cesárea con producto de la gestación en paro respiratorio,

lo que pudo haberse evitado; por tanto, AR1 y AR2 además de omisos fueron poco exhaustivos al no haber considerado oportunamente la resolución del parto cuando ya contaba con datos que lo permitían, acciones y omisiones que constituyen violencia obstétrica por el tiempo transcurrido sin la debida atención médica, provocando afectación a la integridad personal de V1 y de V2.

69. En consecuencia, AR1 y AR2 contravinieron 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, por los que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas vigentes en la materia, así como la supracitada GPC, referentes en la oportuna atención de pacientes embarazadas y del cuidado del binomio materno-fetal, por lo cual vulneraron su derecho a una vida libre de violencia obstétrica, que trajo aparejado el padecimiento irreversible de V2.

70. Por otra parte, y a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU,¹⁷ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y en el caso de mujeres embarazadas, se les brinde atención integral e inmediata acorde

¹⁷ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

a sus particularidades que garantice en todo momento el bienestar del binomio materno-fetal en tiempo y forma.

E. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

71. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹⁸

72. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,¹⁹ esta Comisión Nacional consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*; señalando en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, la CrIDH que, *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.²⁰

73. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste *“(...) 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales*

¹⁸ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

¹⁹ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

²⁰ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.

se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...) de la salud, (...) el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).²¹

74. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.²²

75. Del análisis realizado al expediente clínico de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico, cuya relevancia radica en la dificultad para la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, asentándose a continuación las irregularidades administrativas advertidas en su integración

²¹ Introducción, párr. dos.

²² CNDH, párr. 34.

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

76. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en las notas médicas y de evolución suscritas por AR1 del servicio de Urgencias, AR2 y AR3 de Urgencias Gineco-obstétricas, AR4 de Tococirugía y AR5 de Anestesiología del Hospital Tacuba omitieron asentar nombre completo y en algunos casos cédula profesional y firma, encontrándose notas con abreviaturas, infringiendo dichas personas servidoras públicas los puntos 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece los requisitos de toda nota médica.

77. AR1 y AR2 omitieron el adecuado interrogatorio, historia clínica completa, valoración del riesgo obstétrico en la valoración de V1, por lo cual incumplieron la precitada NOM-Del Expediente Clínico, cuyos puntos 7, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7, aluden al contenido de las notas médicas en urgencias, con lo cual se impidió la resolución oportuna de su embarazo, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto que considerará sus factores de riesgo obstétricos, lo cual no aconteció.

78. AR3 omitió dejar evidencia escrita del registro que se realizó a V1 en Tococirugía por instrucciones de AR1, el cual se describió reactivo con datos incipientes de compromiso funicular, así como, a que informó a Trabajo Social que V1 había “*abandonado*” el hospital para informarle el resultado de la prueba sin estrés; sin que se contará con una nota respecto a las actividades generadas con la activación del código mater solicitado por AR2, por tanto, incumplieron el punto 5.14, de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece que se deben agregar todos los documentos generados por el personal interviniente en la atención del paciente.

79. Igualmente se advirtió el incumplimiento a los puntos 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.10, de la referida Norma Oficial Mexicana y al artículo 51 Bis 2, de la LGS, referente al consentimiento informado para atención obstétrica de 13 de octubre

de 2017, el cual carece de firma del médico tratante, sin que pase inadvertido que el formato utilizado se sustentó en dos Normas Oficiales Mexicanas previas a las actuales NOM-Para la Atención de la Mujer y de la Persona Recién Nacida y la diversa NOM-Del Expediente Clínico, contemplándose la NOM-007-SSA2-1993 y la NOM-168-SSA-1-1998.

80. Debido a que el llenado del triage obstétrico elaborado por SP1 resulta ambiguo, dicha situación deberá investigarse para que en su caso, se determine la responsabilidad que corresponda, al versar en un documento trascendente en el manejo subsecuente de la paciente, también deberá investigarse la manifestación de V1 respecto a la queja presentada en la dirección del Hospital Tacuba por la pérdida del expediente completo de V2, lo cual ocasionó la negativa de su consulta en Neuropediatría al no contar con sus estudios, ya que como se mencionó es deber de las autoridades privilegiar el interés superior de la niñez aunado a que el acceso al expediente clínico es parte esencial del derecho a la salud y sin éste es imposible que V2 continúe el tratamiento establecido.

81. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1 representan un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos y su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento, así como para deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose su derecho para que se conozca la verdad; reiterando este Organismo Nacional, la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico acorde a la NOM-Del Expediente Clínico, siendo dichas Instituciones responsables solidarias de su cumplimiento.

82. No se soslaya que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual es de observancia

obligatoria, haciéndose indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad.

83. Acreditándose que en la integración del expediente clínico de V1, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico por las razones expuestas.

F. RESPONSABILIDAD.

F.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas.

84. La responsabilidad de AR1 y AR2 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica en su agravio y a una vida libre de violencia obstétrica, a su integridad personal y de V2 con la consecuente vulneración al interés superior de la niñez, con base en lo siguiente:

84.1. AR1 y AR2 obviaron que V1 cursaba un embarazo de alto riesgo debiendo haber extremado precauciones mediante su interrogatorio completo, exploración física minuciosa en la que se consideraran sus factores de riesgo y que la hacían merecedora de mantenerla en vigilancia estrecha por sus antecedentes de multigesta, hemorragia obstétrica, sobrepeso y edad materna avanzada.

84.2. AR1 debió ordenar su internamiento en observación por sus 40.6 semanas de gestación, su obesidad y edad; por su parte, AR2 debió revisar la prueba de estrés en la que AR3 indicó datos incipientes de compromiso funicular, lo que junto con la valoración del triage obstétrico evidenciaba la urgente resolución del embarazo para beneficiar al binomio materno-fetal, lo que no aconteció, provocándole desprendimiento de placenta y ausencia de latidos fetales lo cual ameritó la activación del código mater y una cesárea de

urgencia, trascendiendo la dilación en su atención a la salud de V2 como se acreditó.

84.3. Como consecuencia de lo anterior, V2 presenta secuelas permanentes neurológicas que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional requerirán de atención integral durante su vida, padecimiento secundario a asfixia perinatal que sufrió derivado del manejo médico inadecuado de AR1 y AR2.

85. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituye responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-del Expediente Clínico, con lo cual se vulneró el derecho al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1.

86. Por lo expuesto, acreditadas las irregularidades médicas y administrativas se considera que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incumplieron con lo previsto en el artículo 7, fracciones I, II, IV, V, VII y VIII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y el artículo 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén su obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

87. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, 73 bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará denuncias ante el Órgano

Interno de Control en el ISSSTE y en la Fiscalía General de la República en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 que trascendió a V2; así como denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 con motivo de las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico.

F.2. Responsabilidad Institucional.

88. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, “(...) *todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*”

89. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo de referencia, se consideran además en los distintos Tratados y Convenciones de Derechos Humanos suscritos por el Estado Mexicano, de esta manera, su cumplimiento obligatorio deriva del mandato constitucional y de los compromisos internacionales asumidos; de ahí que cuando las autoridades incumplen sus obligaciones, faltan a la misión encomendada, lo cual genera responsabilidad por parte de sus Instituciones, independientemente de aquella específica ocasionada por el desempeño de las personas servidoras públicas que la conforman.

90. En el caso particular, que aun cuando a V2 se le brindó una atención idónea en la UCIN del Hospital Tacuba, también lo es que no se le realizaron los rayos x que requería al no contarse con Rx portátil, misma suerte corrió el electrocardiograma solicitado, asentándose en las respectivas notas médicas que dichos estudios no estaban disponibles, sin que se le pudiera realizar valoración por Oftalmología al no contarse con oftalmoscopio indirecto, solicitándose su

envío a tercer nivel porque no seguía luz ni objetos, describiéndolo sin reflejo cocleo palpebral (cerrar los ojos con un sonido).

91. Y si bien es cierto, la falta de dichos estudios no incidió en su progresiva evolución, tales circunstancias incumplen la NOM-De Infraestructura y Equipamiento de Hospitales, generando detrimento en la calidad de la atención en sus derechohabientes ya que para garantizar de manera efectiva el derecho humano a la salud como bien público, se requiere poner a su alcance la disponibilidad de los servicios indispensables para el goce efectivo de dicho derecho humano con accesibilidad y calidad, por lo que se solicitara a las autoridades del ISSSTE gestionen con las autoridades correspondientes para que en lo sucesivo la UCIN del Hospital Tacuba cuente con insumos, instrumentos, equipo, personal médico y aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de sus derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues aun cuando se reitera que dichas circunstancias no afectaron el seguimiento clínico de V2, sí demerita la atención que se brinda a los derechohabientes.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

92. 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, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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, atribuible a una persona servidora pública 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 del daño o perjuicios

que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

93. Para tal efecto, en términos de los artículos 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 V1, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV1, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV1, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de por inadecuada atención médica en agravio de V1 que repercutió en V2, a su integridad personal, vulneración al interés superior de la niñez, a una vida libre de violencia obstétrica, así como al derecho de acceso a la información en materia de salud, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

94. Siendo aplicable lo establecido 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” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

95. Por tanto, el ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de V1, a fin de que dicho Instituto realice un pago justo por las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes

i. Medidas de Rehabilitación.

96. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos con motivo de las violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

97. En el presente caso, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar V1, atención psicológica en caso de que lo requiera generada por la violencia obstétrica padecida y la afectación a su salud y de V2, quien deberá recibir tratamiento de por vida por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcance su sanación psíquica y emocional. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciéndoles información previa, clara y suficiente, con enfoque diferencial y especializado en todo momento. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo necesario incluyendo de ser indispensable, la provisión de medicamentos.

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

99. En cuanto a la atención médica, quirúrgica -de así requerirlo-, hospitalaria, psicológica, farmacéutica, de rehabilitación, neurológica, gastroenterológica, de nutrición y las que se demande el estado de salud de V2, con auxiliares de diagnóstico, esta Comisión Nacional solicitará que sea de **carácter vitalicio independientemente de su calidad de derechohabiente** debido a que las secuelas causadas por la encefalopatía hipóxico-isquémica, Sarnot II que cursa fueron ocasionadas por el manejo médico inadecuado de V1 y en consonancia con el interés superior de la niñez, el ISSSTE igualmente deberá apoyar a los sus progenitores para que provean a su hijo de herramientas que potencialicen sus habilidades en cada fase de su desarrollo, ya que como lo señaló personal médico de esta Comisión Nacional, requerirá toda la vida apoyo integral, lo anterior obedece a la doble función de la reparación del daño, ya que por un lado se encarga de *“(...) resarcir al afectado de manera integral y justa; por el otro, debe fundar los incentivos institucionales para evitar que conductas de la misma naturaleza tengan lugar nuevamente en la práctica del Estado, ocasionando más daños a los usuarios (...)”*,²³ más aún cuando su padecimiento derivó de la violación a los derechos humanos previamente acreditados.

ii. Medidas de Compensación.

100. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.²⁴

²³ Amparo directo 18/2015, emitido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

²⁴ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

101. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de los derechos humanos sufrida por las víctimas indirectas, considerando las circunstancias de cada caso, incluyendo los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables a consecuencia de la violación de derechos humanos, daño moral, lucro cesante, pérdida de oportunidades, daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

102. El ISSSTE en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, se proceda conforme a Derecho.

iii. Medidas de Satisfacción.

103. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, pudiéndose realizar mediante aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, y en el presente caso, comprende que AR1 y AR2 colaboren con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de las denuncias que este Organismo Nacional presentara en el órgano Interno de Control en el ISSSTE y en la Fiscalía General de la República con motivo de la inadecuada atención médica de V1, así como en la denuncia ante el Órgano Interno de Control en contra de AR3, AR4 y AR5 con motivo de las irregularidades en la integración del expediente clínico.

iv. Medidas de no repetición.

104. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, debiendo el Estado adoptar medidas

legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

105. Las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral dirigido al personal médico de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, particularmente sobre el Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica y contenido de las Recomendaciones Generales 29/2017 y 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, perspectiva de género, debiendo asegurarse que entre las personas que lo tomen se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5. Los contenidos de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

106. Emitir una circular en la que se exhorte al personal médico de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, atento al *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*,²⁵ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

²⁵ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

107. Realizar gestiones a fin de que el servicio de la UCIN del Hospital Tacuba cuente con insumos, instrumentos, equipo, personal médico y aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de sus derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues aun cuando se reitera que dichas circunstancias no afectaron el seguimiento clínico de V2, sí demerita la atención que se brinda a los derechohabientes; debiendo además emitir una circular al personal de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio con medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos estén integrados conforme a la legislación nacional e internacional, y hecho que sea, se supervise su cumplimiento con objeto de garantizar su no repetición.

108. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, 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 ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño causado a V1, que incluya una compensación justa y adaptada a las necesidades de V2, a quien de manera vitalicia se le dará atención médica, quirúrgica -de así requerirlo-, hospitalaria, psicológica, farmacéutica, de rehabilitación, neurológica, gastroenterológica, de nutrición y las que se demande su estado de salud con auxiliares de diagnóstico independientemente de su calidad de derechohabiente y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas junto, debiendo enviarse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue en los términos precisados, atención psicológica que en su caso requiera

V1 con motivo de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, y junto con AR3, AR4 y AR5 respecto de las relacionadas con la integración del expediente clínico, debiendo enviarse a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 que trascendieron a la salud e integridad personal de V2, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud particularmente sobre el Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) y el contenido de las Recomendaciones Generales 29/2017 y 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, con perspectiva de género, asegurándose que entre los asistentes se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5. Debiendo estar disponibles de forma

electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y remitir a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular al personal médico de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba con las medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brinda, estén integrados conforme a la legislación nacional e internacional, y hecho que sea, se supervise durante seis meses su debido cumplimiento para garantizar su no repetición, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el término de seis meses a partir de la aceptación de la Recomendación, gestionar con las autoridades que corresponda para que el servicio de la UCIN del Hospital Tacuba cuente con insumos, instrumentos, equipo, personal médico y aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues aun cuando se reitera que dichas circunstancias no afectaron el seguimiento clínico de V2, sí demerita la atención que se brinda a los derechohabientes, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

OCTAVA. Giren instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emita una circular al personal médico del servicio de Urgencias y Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tacuba, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. 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.

109. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

112. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, ante



ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA