



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 41 / 2017

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS, EN CIUDAD MADERO, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 18 de septiembre de 2017

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS
MEXICANOS.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 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, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/7971/Q**, relacionado con el caso de V1 y la pérdida del producto de la gestación.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de

la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 27 de septiembre de 2016, fue recibida en esta Comisión Nacional la queja presentada por Q1, en la que denunció violaciones a los derechos humanos de V1, por la pérdida del producto de la gestación en el Hospital Regional de Petróleos Mexicanos, en Ciudad Madero, Tamaulipas (Hospital Regional).

4. Q1 narró que el día 21 de septiembre de 2016, aproximadamente a las 10:00 horas, V1 acudió al Hospital Regional para recibir atención médica por la pérdida de líquido amniótico, razón por la cual fue canalizada y se mantuvo en observación hasta las 15:00 horas del día siguiente.

5. Agregó que un médico comenzó a inducirle el parto natural, sin tomar en cuenta la diabetes gestacional de V1, que el producto de la gestación pesaba *“más de 4 kg”*, así como las diversas ocasiones en las que V1 manifestó su deseo de que el parto fuera por cesárea; todo lo cual, produjo sufrimiento tanto para V1 como para el producto de la gestación.

6. Q1 puntualizó que durante la atención del parto, el personal se condujo con expresiones inapropiadas, destacó que el ginecólogo en repetidas ocasiones le decía *“puja, puja, puja”*, la persona encargada de emplear la anestesia al querer aplicarla le comentaba *“gorda por gorda no podemos ponértela”*, *“¡no cooperas por eso tu hijo no sale!”*, una residente le dijo *“por tu culpa sigo aquí no me dejan ir a casa a descansar”*; ante estos hechos, los residentes se *“subieron al vientre”* de V1 *“para hacer que el bebé saliera”*.

7. La quejosa indicó que AR4 solicitó a AR7, le permitiera meter a V1 a cesárea para que ya no sufriera más, respondiendo este último *“si tu la metes a cirugía sin mi autorización mañana estás rescindido”*; y refirió que *“el personal médico que se encontraba presente [les] coment[ó] que escucharon cuando el cráneo del BB (sic) fue fracturado”*. Posteriormente AR7 se dirigió a V1 para decirle *“tu no cooperaste por eso tu hijo murió”*.

8. Al respecto, Q1 precisó que V1 *“se encuentra muy afectada ya que [AR7] la culpó a ella de no haber cooperado en el parto”*.

9. Con motivo de los hechos esta Comisión Nacional inició la integración del expediente de queja **CNDH/4/2016/7971/Q** solicitando información y copia del expediente clínico a Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX); asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito y ratificación de queja de fechas 27 y 30 de septiembre de 2016, respectivamente, presentados por Q1 en esta Comisión Nacional, donde describe presuntas violaciones a los derechos humanos de V1.

11. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-2809-2016 de 8 de diciembre de 2016, por el que la Dirección Jurídica de PEMEX, anexó, entre otros:

11.1 Oficio HRCM-1-9638-2016 de 5 de diciembre de 2016, suscrito por el Director del Hospital Regional y AR7, con el que rindieron informe requerido por esta Comisión Nacional.

11.2 Resumen clínico de V1 y Nota de atención del producto de la gestación, de fechas 14 y 17 de noviembre de 2016, respectivamente, el primero suscrito por AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8; el segundo por SP2.

12. Oficio DJ-SCJ-GJC-SACP-075-2017 de 16 de enero de 2017, suscrito por la Dirección Jurídica de PEMEX, mediante el cual anexó el expediente clínico integrado en el Hospital Regional con motivo de la atención médica brindada a V1 y el producto de la gestación, del que destacan las siguientes constancias:

12.1 Nota de ginecobstetricia de 10 de agosto de 2016, a las 15:10 horas, realizada por AR1.

12.2 Nota de ginecobstetricia de 16 de agosto de 2016, a las 17:36 horas, realizada por AR2.

12.3 Nota de ginecobstetricia de 24 de agosto de 2016, a las 17:18 horas, realizada por AR3.

12.4 Nota médica de 21 de septiembre de 2016, a las 10:03 horas, realizada por SP1.

12.5 Nota médica de 21 de septiembre de 2016, a las 10:16 horas, realizada y firmada por AR4.

12.6 Nota de tococirugía, del 21 de septiembre de 2016, a las 15:00 horas, realizada y firmada por AR5.

12.7 Nota médica del 22 de septiembre de 2016, a las 06:22 horas, realizada y firmada por AR6.

12.8 Nota médica del 22 de septiembre de 2016, a las 06:22 horas, realizada y firmada por la AR6.

- 12.9** Nota médica del 22 de septiembre de 2016, a las 13:00 horas, realizada y firmada por AR4.
- 12.10** Nota médica de 22 de septiembre de 2016, a las 14:00 horas, realizada y firmada por AR5.
- 12.11** Nota médica de 22 de septiembre de 2016, a las 18:07 horas, realizada y firmada por AR7.
- 12.12** Nota médica de 22 de septiembre de 2016, realizada y firmada por SP2.
- 12.13** Certificado de muerte fetal del 22 de septiembre de 2016, realizado y firmado por AR5.
- 13.** Actas circunstanciadas de fechas 25 y 26 de enero, y 4 de abril de 2017 en las que se hicieron constar comunicaciones telefónicas, entre Q1, T1 y V1, con personal de esta Comisión Nacional.
- 14.** Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 22 de mayo de 2017, por un médico de este Organismo Nacional.
- 15.** Oficio DJ/DH/008455/2017 de 7 de junio de 2017 suscrito por la Dirección Jurídica de la Procuraduría General de Justicia de Tamaulipas, al cual anexó:
- 15.1** Escrito suscrito por V1 de 21 de diciembre de 2016, en el que denunció los hechos cometidos en su contra, por personal médico adscrito al Hospital Regional.
- 16.** Actas circunstanciadas de 13 de julio de 2017, en las que constan comunicación telefónica sostenida entre Q1 y personal de esta Comisión Nacional, y correo electrónico remitido por Q1 al que anexó:

16.1 Oficio URPM-AQDI-3298-2016 de 30 de septiembre de 2016, suscrito por el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de Función Pública (SFP), mediante el cual le informaron a Q1 el inicio de la investigación administrativa.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. Derivado de los hechos, el 27 de marzo de 2017 V1 presentó una denuncia ante la Procuraduría General de Justicia de Tamaulipas. Este Organismo Nacional, solicitó información a dicha representación social sobre el estado que guarda la indagatoria, al respecto se comunicó, que la Carpeta de Investigación “*se encuentra en investigación*”.

18. Asimismo, Q1 presentó queja ante el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones de la SFP de la cual derivó una Investigación Administrativa, misma que continúa en trámite.

IV. OBSERVACIONES.

19. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/7971/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan vulneración a los derechos humanos de V1, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: **1)** derecho a la protección de la salud, considerando la inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital Regional y la pérdida del producto de la gestación, **2)** derecho a una vida libre de violencia obstétrica, y **3)** derecho a la información en materia de salud.

1. Derecho a la protección de la salud.

20. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*¹.

21. Esta Comisión Nacional, ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*².

22. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*³.

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, párrafo 24 y Recomendación 38/2016, párr. 21.

³ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

23. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*⁴. Además se puntualizó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁵.

24. Es de destacarse que dentro de los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁶, se previó reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos y niños, en este sentido se destaca el objetivo número 3, mediante el cual el Estado se obliga a asegurar una vida sana, al igual que promover el bienestar para “todos en todas las edades”; y el 5, encaminado a alcanzar la igualdad de género *“y empoderar a todas las mujeres y niñas”*⁷.

25. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su numeral 12.2 establece que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el*

⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párrafo 1.

⁵ *Ibíd.*, párr. 27.

⁶ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

⁷ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Enlace: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-5.html>

parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario". Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), reconoce que *"toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"*; asimismo que los Estados partes *"se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado"*.

26. 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"*⁸.

- **Atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital Regional y la pérdida del producto de la gestación.**

27. En el presente caso, V1 mujer de 27 años, acudió el 10 de agosto de 2016 al Hospital Regional, siendo atendida por AR1, quien una vez realizada la valoración

⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos". OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

médica asentó que contaba con 33.3 semanas de gestación y parámetros de diabetes gestacional⁹, por lo que la envió a consulta de embarazo de alto riesgo; por otra parte, advirtió que el feto tenía un peso estimado de 2425 gramos, cifra por encima del percentil 90¹⁰, lo que es indicativo de un producto macrosómico¹¹, motivo por el cual, solicitó valoración por endocrinología.

28. La bibliografía médica describe que la macrosomía fetal es la principal complicación de la Diabetes Mellitus Gestacional, lo que constituye un problema médico importante, toda vez que puede producir alteraciones maternas tales como **trabajo de parto prolongado**, mientras que en el neonato tiende a provocar laceraciones de clavícula, lesiones del plexo braquial, **distocia de hombros**, entre otros.

29. Si bien es cierto AR1 solicitó valoración por el servicio de endocrinología y consulta de embarazo de alto riesgo por la diabetes presentada, también lo es que omitió otorgar en ese momento tratamiento (farmacológico o no farmacológico) a base de dieta y ejercicio o insulina. Sobre el particular, la American Diabetes Association recomienda iniciar el tratamiento de inmediato para reducir los riesgos maternos y neonatales antes descritos, ya que de no ser tratada oportunamente aumentaba el riesgo de morbilidad materno-fetal.

30. La NOM-015-SSA2-2010, *“Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, define a la diabetes gestacional como *“la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante”*.

⁹ Los estudios del 2 de agosto de 2016, mostraron: glucosa de 121mg/dL (probablemente en ayuno), y postprandial a las 2 horas de 167mg/dL (sin carga de glucosa).

¹⁰ Percentil: Parámetro para identificar el crecimiento intrauterino. Normal entre el percentil 10 P10, la percentil 90 P90.

¹¹ Crecimiento del feto por arriba de la percentil 90 o peso al nacer mayor o igual a 4000gr.

31. La Diabetes Gestacional se considera de alto riesgo por las complicaciones que puede generar para la mujer y el producto de la gestación. Al respecto, la bibliografía médica la define como aquella que es diagnosticada por primera vez durante el embarazo, la cual generalmente se presenta en la segunda mitad de la gestación, y usualmente desaparece después de terminado el embarazo¹².

32. En México, la diabetes gestacional en mujeres embarazadas se registra con una incidencia que varía, según los estudios de 1.6 hasta 12 %. Si bien es cierto, la presencia de diabetes durante el embarazo produce ciertos riesgos de efectos adversos maternos, fetales y neonatales, es importante enfatizar que para la mayoría de las complicaciones, no hay umbral que conlleve riesgos de morbilidad para la madre y el feto¹³.

33. El 16 de agosto de 2016, V1 asistió nuevamente al Hospital Regional, siendo atendida en esa ocasión por AR2, quien a la exploración física describió, entre otras cosas, un fondo uterino de 34 cm. De acuerdo con el Centro Latinoamericano de Perinatología, esta altura uterina en relación con las semanas de gestación, se encuentra por arriba del percentil 90, es decir, que con lo reportado en la citada valoración, aunado al ultrasonido obstétrico del 10 de agosto de 2016, se corrobora la presencia de un producto macrosómico, que aumentó el riesgo de resultados adversos en la gestación.

34. Sumado a esto, V1 presentó valores de glucosa elevados; ante tal situación, un médico de esta Comisión Nacional consideró, que AR2 debió dar tratamiento a V1. La *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el*

¹² Recomendación 9/2017. Párrafo 30.

¹³ World Diabetes Foundation. *“Detección y manejo de diabetes gestacional”*, pág. 4.

Embarazo, México: Secretaría de Salud 2009” recomienda que si el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90, las metas de glucemia serán más estrictas.

35. En consecuencia, la falta de un tratamiento específico que atendiera los padecimientos que presentaba V1, aumentó la probabilidad de resultados adversos. La citada guía también describe que la glucosa cruza la placenta por difusión facilitada, por lo que los niveles séricos maternos determinan transitoriamente los niveles fetales y una hiperglucemia fetal condiciona hiperinsulinemia¹⁴, la cual se asocia con mal pronóstico fetal y macrosomía, así como disminución en la maduración pulmonar, hipoxia¹⁵ e hipoglucemia. Lo que da como resultado un aumento en la morbimortalidad fetal.

36. El 24 de agosto de 2016, V1 se presentó en el Hospital Regional, ocasión en la que recibió atención médica por parte de AR3, respecto de la cual un médico de esta Comisión Nacional consideró que fue inadecuada, toda vez que omitió brindar tratamiento farmacológico para regular los altos valores de glucosa, secundarios a la diabetes gestacional descontrolada con la que cursaba.

37. El 7 de septiembre de ese año, V1 fue ingresada al Hospital Regional, por presentar descontrol metabólico, ya que cursó con dislipidemia por colesterol y triglicéridos elevados, así como glucosa en ayuno (135 mg/dL) y postprandial (170mg /dL); siendo dada de alta el 9 de ese mes y año.

38. El 21 de septiembre de 2016 a las 10:03 horas, V1 fue ingresada y canalizada a interconsulta en Ginecología y Obstetricia. A las 10:16 horas, fue atendida por AR4, quien en la nota médica correspondiente, refirió que no se pudo valorar el peso fetal debido a fallas en el equipo ultrasonográfico. En opinión de un médico de este

¹⁴ Es el nivel demasiado elevado de insulina en la sangre. Fuente: Federación mexicana de Diabetes A.C.

¹⁵ Disminución de la concentración de oxígeno en sangre.

Organismo Nacional, el ultrasonido en el caso concreto, era indispensable para valorar la vía de nacimiento del producto, por lo que ante la falta del mismo, AR4 debió enviar a V1 a una unidad que contara con los medios para realizar la estimación del peso fetal y pelvimetría¹⁶. La bibliografía médica describe que el parto vaginal de un producto macrosómico, se asocia a un mayor riesgo de traumatismo fetal y aumenta la morbilidad neonatal, asfixia y muerte intraparto.

39. A las 15:00 horas de ese mismo día, V1 fue atendida por AR5. Respecto de dicha valoración, un médico adscrito a este Organismo Nacional destacó que no se hizo la estimación del peso fetal, ni la medición de los diámetros pélvicos que le dieran pauta a un parto exitoso.

40. Asimismo, el médico de esta Comisión Nacional resaltó que previo a indicar *prostaglandina E1* (misoprostol)¹⁷, AR5 debió valorar el cérvix de V1, ya que para realizar maduración del cérvix o inducción del parto, es primordial su descripción, así como corroborar el índice de Bishop¹⁸, para determinar la posibilidad de inducción del trabajo de parto. Con el citado índice, es posible verificar la estación del producto, dilatación, borramiento, posición y consistencia del cérvix (datos que no se describieron). La bibliografía médica ha comprobado que el uso de misoprostol, vía vaginal, aumenta el riesgo de hiperestimulación uterina y/o taquisistolia (también referida como polisistolia¹⁹), lo cual puede producir una distocia, que es una anomalía en el mecanismo del parto, y como consecuencia un aumento en la morbimortalidad materno-fetal.

41. El 22 de septiembre de 2016, fue valorada a las 6:22 horas por AR6, quien en la nota médica asentó que V1 cursó con hipertensión diastólica (130/90mmHg) lo

¹⁶ Medición de los diámetros de la pelvis.

¹⁷ Se utiliza tanto para maduración cervical como para inducción del parto.

¹⁸ Gradúa a las pacientes que tendrán más probabilidades de lograr un parto exitoso.

¹⁹ Hiperestimulación uterina secundaria a la inducción del trabajo de parto.

cual, aunado a la ruptura prematura de membranas de aproximadamente 21 horas de evolución más oligohidramnios (por ultrasonido de 21 de septiembre de 2016), aumentó el riesgo de corioamnionitis y de resultados adversos de la gestación.

42. En opinión del médico adscrito a este Organismo Nacional, AR6 no tuvo en cuenta los diversos factores con los que cursaba V1, que podrían provocar una distocia en el parto²⁰. En este sentido, el médico de esta Comisión Nacional consideró, que se debió interrumpir la gestación vía abdominal en ese momento, toda vez que V1 contaba con indicaciones relativas de operación cesárea, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, distocia dinámica (polisistolia), diabetes mellitus y oligohidramnios.

43. A las 13:00 hrs del 22 de septiembre de 2016, AR4 brindó atención médica, asentando en la nota correspondiente que V1 presentaba hipertensión²¹, ruptura prematura de membranas de aproximadamente 27 horas más conducción con oxitocina²², trabajo de parto en fase activa, útero gestante con 37 cm de altura, producto vivo, cefálico longitudinal con dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal normal (145 latidos por minuto), cérvix con 6 cm de dilatación más borramiento, y membranas amnióticas abombadas.

44. Respecto a dicha valoración un médico de este Organismo Nacional observó que V1 presentó rotura alta²³, por lo que se le realizó amniorraxis (rotura de la membrana amniótica), obteniendo líquido amniótico claro. Sobre el particular, en opinión de un médico de este Organismo Autónomo, AR4 realizó la amniotomía (rotura artificial de membranas) sin una indicación precisa; si bien es cierto que la bibliografía médica refiere que tras la rotura de membranas el trabajo de parto se

²⁰ Mal control prenatal, pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas, macrosomía fetal, obesidad materna, diabetes mellitus, e inducción del trabajo de parto con prostaglandinas.

²¹ Mostró niveles tensionales de 140/90mmHg y 150/100mmHg.

²² A partir de las 8:00 horas del 22 de septiembre de 2016.

²³ La cual es descrita por la bibliografía médica donde persiste la bolsa amniótica por delante de la presentación.

acorta hasta 50 minutos, también lo es que, este acortamiento no tiene trascendencia clínica positiva ni para el feto ni para la madre, por el contrario, su práctica de rutina o sin indicación precisa (como en este caso en particular) puede aumentar el número de partos disfuncionales y disminuir el puntaje Apgar (valoración clínica del neonato posterior al parto) a menos de siete a los cinco minutos (normal 8 - 10), además que con la ausencia de la bolsa de las aguas, desaparece la acción protectora que ésta tiene sobre la cabeza del feto, la presión registrada a nivel cefálico sería mayor que en el resto del cuerpo (presión mayor cuando las membranas están rotas), observándose aumento de la deformación de la cabeza fetal, como consecuencia de la fuerte compresión de la cabeza producida por las contracciones uterinas.

45. En la nota médica suscrita por AR7, se describe la atención médica que se brindó durante el parto, de la cual se advierte que V1 presentó dilatación y borramiento completo por lo que se colocó en posición de litotomía para la atención del parto, se realizó episiotomía (de forma innecesaria) media lateral derecha (indicada en el parto instrumentado), toda vez que se describió la utilización de fórceps por fatiga materna.

46. Del mismo modo AR7 asentó que durante la extracción del producto de la gestación se presentó distocia de hombros²⁴, por lo que el personal médico realizó por dos minutos la maniobra de Mc Roberts²⁵ y presión suprapúbica; al no dar resultado se continuó por dos minutos con la rotación de Woods²⁶, se amplió la episiotomía y se liberó hombro anterior y posterior con maniobra inversa de Woods²⁷, obteniendo así a las 15:11 horas del 22 de septiembre de 2016, la

²⁴ Fallo en la salida del tronco fetal.

²⁵ Con dos ayudantes se realiza flexión de las piernas y abducción de las caderas maternas, colocando los muslos sobre el abdomen.

²⁶ La cual consiste en la rotación manual de los hombros para que se orienten mejor en las dimensiones mayores de la pelvis.

²⁷ Esta maniobra desplaza los hombros del producto de la gestación del diámetro anteroposterior a un diámetro oblicuo más ancho y permite así su desprendimiento.

extracción del producto masculino de 4130 gramos (macrosómico), con ausencia de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tono muscular y sin llanto (Apgar 0/0).

47. Del análisis de la citada nota, un médico de este Organismo Nacional realizó algunas consideraciones. Por cuanto hace a la distocia²⁸ indicó que ésta es resultado de un mal control prenatal, pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas, macrosomía fetal, obesidad materna, diabetes mellitus, e inducción del trabajo de parto con prostaglandinas. Al respecto manifestó que V1 cursó con los factores antes remarcados, lo cuales no se tomaron en cuenta para la finalización de la gestación por vía abdominal, a pesar de las diversas indicaciones que presentó, mismas que fueron referidas líneas arriba (*supra párr. 42*).

48. En la opinión médica se precisó, que durante las valoraciones médicas efectuadas los días 21 y 22 de septiembre de 2016, AR4, AR5, AR6 y AR7, debieron allegarse de los recursos suficientes para prever la evolución del parto, toda vez que realizaron inducción o conducción del trabajo del mismo sin corroborar el peso fetal del producto mediante ultrasonido, y sin realizar pelvimetría, pasando desapercibidos los múltiples factores de riesgo ya descritos, lo que derivó en la distocia de hombros y la pérdida del producto de la gestación durante el parto.

49. En este sentido, el médico de este Organismo Constitucional expresó que el personal médico del Hospital Regional, de haber brindado un tratamiento oportuno a la diabetes gestacional y allegado de los recursos necesarios para la adecuada valoración de V1 (estimación del peso fetal y la medición de los diámetros pélvicos), hubiese podido identificar la macrosomía fetal y procedido a la interrupción de la

²⁸ La distocia es descrita por la bibliografía medica como cualquier anomalía en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo.

gestación vía abdominal de forma oportuna, todo lo cual, hubiera mejorado el pronóstico y aumentado considerablemente la sobrevivencia del producto.

50. El día 22 de septiembre de 2016, SP2 suscribió una nota con motivo de la atención pediátrica otorgada al producto de la gestación. Con relación a la citada nota, el médico de este Organismo Constitucional observó que el producto de la gestación recibió un adecuado manejo por el servicio de pediatría, sin embargo, la distocia de hombros, provocó complicaciones que produjeron su fallecimiento durante el parto, tal como lo describe AR5 en el certificado de defunción expedido el 22 de septiembre de 2016: *“La muerte fetal ocurrió: durante el parto (...) Causas de la muerte: a) asfixia, b) Parto obstruido por distocia de hombros, c) Macrosomía fetal (...) Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con las causas a), b) o c): Diabetes Mellitus gestacional”*. Lo que reafirmó que el personal de ginecología del citado nosocomio, al omitir la confirmación del peso fetal condujo a una distocia de hombros que a su vez originó la asfixia que finalmente produjo la pérdida del producto de la gestación durante el parto.

51. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital Regional involucrado en el caso de V1, tenía el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivada del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*.

52. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos

con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto y la protección de la expectativa de vida humana.

53. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal, el personal médico debió 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 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”*, mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

54. El daño ocasionado al derecho a la protección de la salud de V1, por parte del personal del Hospital Regional, constituyó una afectación directa a la protección del producto de la gestación, por lo que, para este Organismo Nacional existen elementos suficientes que permiten concluir que las irregularidades en la atención médica otorgada a V1 por parte del personal adscrito al Hospital Regional, derivaron en la pérdida del producto de la gestación durante el parto.

55. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, contenido en los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), y por contravenir lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero,

segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el contenido de la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.

2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

56. 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”*; *“brindar 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 *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

57. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 31/2017 advirtió que: *“En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”*; igualmente se sostuvo que: *“Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva*

*hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos*²⁹.

58. La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros³⁰.

59. En el presente caso, Q1 manifestó que durante la atención del parto, el personal se condujo con expresiones inapropiadas, destacando que el ginecólogo en repetidas ocasiones le decía *“puja, puja, puja”*, AR8 al querer aplicar la anestesia le comentaba *“gorda por gorda no podemos ponértela”*, *“¡no cooperas por eso tu hijo no sale!”*, una residente le dijo *“por tu culpa sigo aquí no me dejan ir a casa a descansar”*; asimismo señaló que ante estas circunstancias, los residentes se *“subieron al vientre”* de V1 *“para hacer que el bebé saliera”*.

60. En el mismo sentido relató, que posterior al parto del que derivó la pérdida del producto de la gestación, AR7 se dirigió a V1 para decirle *“tu no cooperaste por eso tu hijo murió”*. Sobre esta situación específica Q1 en comunicación telefónica con personal de este Organismo Constitucional informó que V1 *“se encontraba muy afectada por la muerte de su hijo”*, igualmente se advierte, que en el expediente clínico consta una nota médica suscrita por AR5 del 22 de septiembre de 2016 a las 19:26 horas, en la que asentó que V1 se encontraba: *“alterada, poco cooperadora, con llanto fácil, con sentimientos de culpa”*.

²⁹ Recomendación General 31/2017, párrafos 8 y 91.

³⁰ Recomendación 6/2017, párrafo 53.

61. Asimismo, ante el Ministerio Público de la Federación V1 narró lo siguiente: *“yo solicité me practicaran cesárea, ya que era mucho el dolor que sentía, sin embargo [AR7], quien funge como Jefe de Ginecología de dicho hospital insistió en que tenía que ser parto natural, transcurriendo las horas y el dolor insoportable y la suscrita no era atendida, pues prevalecían insistentemente por parte del equipo médico señalado como responsable, en que el parto tenía que ser natural, escuché que el producto o sea mi bebé venía muy grande, por lo que seguí suplicando que se me practicara una cesárea debido a que el dolor estaba más acentuado (...) [AR4] al ver el estado en el que me encontraba comunicó a [AR7] (...) que era inminente y necesario se me practicara la cesárea de manera inmediata, que tenía suficiente anestesia para realizarla, solicitando permiso al galeno en mención, negando tal operación, y escuché le dijo que si practicaba la cesárea no volvía a trabajar en el hospital, por lo que se me subieron encima para que pudiera expulsar al bebé, gritándome todos “puja, puja,puja”, [AR7], al no tener éxito esta práctica, solicitó a los demás doctores que se encontraban en el alumbramiento, le proporcionaran los fórceps (...) manipulando de manera agresiva a mi bebé de su cabecita que apenas alcanzó a salir (...) posteriormente el médico me manifiesta que mi menor hijo había fallecido dentro del útero”.*

62. Al analizar dichos testimonios con perspectiva de género, y en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se dan por ciertos los hechos expresados en el escrito de queja, en virtud de que no fueron desvirtuados por la autoridad, mismos que configuraron violencia obstétrica en contra de V1.

63. De acuerdo con los estándares que este Organismo Constitucional ha desarrollado al respecto, la violencia obstétrica en el presente asunto se actualizó:
a) mediante el empleo de expresiones inapropiadas, trato descortés y violento

consistente en gritos, regaños e insultos en contra de V1³¹, aunado a las manifestaciones con la intención de responsabilizarla por la pérdida del producto de la gestación, **b)** al no haber tomado en cuenta la forma en la que V1 quería que fuera su parto, **c)** mediante la realización de algunas prácticas de manera rutinaria, como el parto vía vaginal, que además de haber producido un sufrimiento adicional a V1, estaba contraindicadas; e innecesarias, como es el caso de la episiotomía que se efectuó a V1.

64. Este Organismo Constitucional recuerda que la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre algunos integrantes del personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas autoritarias en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

65. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

³¹ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 45/2015 y 6/2017.

66. Con base en las anteriores consideraciones, se concluye que AR7 y AR8, son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

3. Derecho a la información en materia de salud.

- **Inadecuada integración del expediente clínico de V1.**

67. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “*comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”³².

68. Para este Organismo Nacional el derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, consiste en aquella libertad atribuible a los usuarios de servicios médicos para solicitar, recibir y conocer todos aquellos datos que obre en el mismo, como podrían ser sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico emitido, resultados e interpretación de exámenes y estudios practicados, tratamiento prescrito, opiniones y comunicaciones del personal de salud y acciones implementadas respecto de su atención médica³³.

69. Para la garantía de este derecho existe una obligación positiva a cargo del Estado, a fin de eliminar todas aquellas prácticas que impidan al paciente el acceso al contenido de su expediente clínico, e implementar las acciones tendentes a

³² Observación General 14, ibídem, párr. 12, inciso b, fracción IV.

³³ Recomendación 9/2017, párrafo 60.

garantizar la libertad para recibir y conocer su información médica y con motivo de ello, propiciar que se esté en posibilidad de ejercer adecuadamente otros derechos como son el derecho a la protección de la salud, así como a decidir y consentir de manera informada su tratamiento médico³⁴.

70. Esta Comisión Nacional considera que el derecho a la información en materia de salud comprende al menos tres aspectos fundamentales, a saber: **1)** el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, **2)** la protección de los datos personales, y **3)** la información debe cumplir con los principios de: *accesibilidad*: que se encuentre disponible para el paciente; *confiabilidad*: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; *verificabilidad*: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; *veracidad*: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y *oportunidad*: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona³⁵.

71. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”, [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su*

³⁴ CNDH. Recomendación 33/2016, párr. 104

³⁵ *Ibidem*, párr. 105.

*intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables[...]*³⁶.

72. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*³⁷.

73. En el presente caso, la Comisión Nacional constató que existieron omisiones en la integración del expediente clínico de V1, al advertir que en el resumen clínico se refirió que el día 10 de agosto de 2016 se le brindó consulta por endocrinología de la cual no existe constancia que acredite la citada valoración, misma que a decir de un médico adscrito a este Organismo Autónomo, era de suma importancia para el control metabólico de V1.

74. Aunado a lo anterior, en el expediente clínico consta una nota médica del día 24 de agosto de 2016, en la que se asentó que V1 acudió al Hospital Regional a control prenatal, donde fue atendida por AR3, quien describió: *“...**Ya valorada por endocrinología**”*, sin embargo, en el expediente, no hay constancia que refiera que V1 haya recibido dicha atención antes del 24 de agosto de 2016.

75. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional considera que las omisiones e irregularidades en la conformación del expediente clínico por parte del personal del Hospital Regional vulneraron el derecho a la información en materia de salud de V1.

³⁶ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

³⁷ Corte IDH. Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

4. Reparación integral del daño.

76. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, 4º y 27, fracciones II, IV y V de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a V1, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio, así como la pérdida del producto de la gestación.

a) Medidas de rehabilitación.

77. Se deberá proporcionar a V1, la atención médica y psicológica que requiera por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

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

b) Medidas de satisfacción.

79. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja para iniciar procedimiento administrativo ante la instancia que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

80. Asimismo, se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

c) Garantías de no repetición.

81. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital Regional los siguientes cursos: **1)** capacitación en materia del derecho a protección de la salud materna, **2)** actualización para el personal médico en el tratamiento de la diabetes en el embarazo, **3)** la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* y **4)** la debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012 *del expediente clínico*. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

82. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Regional 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.

83. Se deberá implementar en el Hospital Regional, un programa basado en estándares nacionales e internacionales que incluya medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo de la diabetes durante el embarazo, y de difusión de la información sanitaria necesaria, para buscar tratamiento oportuno y detectar factores de riesgo a las pacientes durante el embarazo.

84. Se establezcan medidas efectivas para garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

85. De igual forma, ante el reconocimiento que el propio personal médico realizó respecto a que no fue posible valorar el peso fetal del producto de la gestación *“debido a fallas intermitentes en el equipo para obtener circunferencias”*, se solicita que PEMEX realice las medidas administrativas, presupuestarias o de cualquier otra índole, necesarias para garantizar que el equipo se encuentre en condiciones óptimas para que su personal médico brinde una adecuada vigilancia obstétrica a las usuarias.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

86. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, una vida libre de violencia y a la información en materia de salud, que tuvieron como consecuencia la pérdida del producto de la gestación, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1.

87. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

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

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1, conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o compensación con motivo de la responsabilidad en que incurrió el Hospital Regional, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica y psicológica con oportunidad, calidad y calidez, a V1, en algún centro de atención médica perteneciente a ese Instituto, cercano al domicilio de V1 y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el Hospital Regional los siguientes cursos de capacitación: **1)** capacitación en materia del derecho a protección de la salud materna, **2)** actualización para el personal médico en el tratamiento de la diabetes en el embarazo, **3)** la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* y **4)** la debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012 *del expediente clínico*. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Regional 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 remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se implemente en el Hospital Regional, un programa basado en estándares nacionales e internacionales que incluya medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo de la diabetes durante el embarazo, y de difusión de la información sanitaria necesaria, para buscar tratamiento oportuno y detectar factores de riesgo a las pacientes durante el embarazo.

SEXTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en el Hospital Regional, adopten medidas efectivas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja para iniciar procedimiento administrativo ante la instancia que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8.

OCTAVA. Se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Se tomen las medidas administrativas, presupuestarias o de cualquier otra índole, necesarias para garantizar que el Hospital Regional se encuentre en

condiciones óptimas para que su personal médico brinde una adecuada vigilancia obstétrica a las usuarias.

DÉCIMA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V1, en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

DÉCIMO PRIMERA. Se designe al o la servidora pública, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

89. 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.

90. 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.

91. 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.

92. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ