



RECOMENDACIÓN NO. 13 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1 E INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V3 EN LA CLÍNICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) EN COLIMA.

Ciudad de México, a 26 de marzo de 2021.

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

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, segundo párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/2182/Q**, relacionado con el caso de V1 y V3.



2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Autoridad responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

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



Nombre	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima	CEAV
Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Colima	Clínica Hospital
Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Colima	Hospital Regional
Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS.

5. El 1 de octubre de 2017, a las 4:54 horas, V1, de entonces 39 años de edad, trabajadora de los Servicios de Salud del Estado de Colima, ingresó al servicio de Urgencias de la Clínica Hospital, con un embarazo de 41 semanas de gestación, por presentar contracciones y ruptura de fuente.

6. V1 refirió que, al arribar a la Clínica Hospital, se le pidió esperara, ya que sólo se encontraba presente un médico, quien atendía una urgencia. Un momento después fue atendida por AR1 quien le realizó una revisión física, informándole que tenía 4 centímetros de dilatación, y una vez efectuado el interrogatorio sobre sus antecedentes médicos, llamó a V2, al que le informó que V1 se encontraba en labor de parto y permanecería en observación.

7. Los dolores que padecía V1 se intensificaron y AR1 le informó que tenía 6 centímetros de dilatación; verificó la frecuencia cardiaca de V3, tomó la presión a V1, confirmando que en ese momento presentaba hipertensión.

8. Aproximadamente a las 18:08 horas, V1 fue ingresada al área de Urgencias, posteriormente al servicio de Ginecología y Obstetricia, donde fue valorada por AR2, quien le informó que tenía 7 centímetros de dilatación, en fase activa de trabajo de parto e indicó que se le aplicara oxitocina para acelerar la dilatación. Al intensificarse los dolores de parto de V1, AR2 le mencionó que *“estaba en las condiciones adecuadas para aliviarse bien, que esperaría más tiempo”*.

9. No obstante, al continuar la elevación de presión de V1, AR2 le administró medicamento antihipertensivo y fue preparada para ingresar al quirófano, ya que se le practicaría una cesárea. V1 describió que en ese momento presentó vómito y posteriormente ingresó un médico pediatra quien le pidió firmara unas hojas de autorización, pero al no poder firmar se tomó su huella digital sobre las hojas.

10. V1 manifestó que, al despertar de la anestesia, AR2 le informó que se le había practicado una cesárea, que durante el procedimiento *“tuvo que regresar al bebé hacia adentro...”*, ocasionándole un desgarre, mismo que fue reparado. Asimismo, que V3 había presentado asfixia al nacer, y arrojó meconio, ocasionándole a ella una sepsis, por lo cual V3 sería valorado por el pediatra.

11. SP1 informó a V1 que V3 sufría problemas de respiración, por lo que se encontraba en una incubadora, para estabilizarlo y que probablemente sería trasladado *“al Hospital Regional o al IMSS”* para que ingresara al Área de Cuidados Intensivos (UCIN), ya que la Clínica Hospital no contaba con esa Unidad ni con el equipo que V3 requería.

12. Posteriormente, aproximadamente a las 16:00 horas, se solicitó a V1 firmara una autorización de traslado para que V3 ingresara al Hospital Regional, sin embargo, V1 mencionó que transcurrieron al menos 3 horas antes de que se realizara el traslado.

13. V1 permaneció internada en la Clínica Hospital durante 3 días más y el 4 de octubre de 2017 fue dada de alta. En la misma fecha acudió al Hospital Regional donde V3 se encontraba, en la UCIN. El 5 de octubre de 2017, personal del Hospital Regional indicó que se practicaría a V3 un estudio neurológico para saber el nivel de afectación provocado por la asfixia.

14. El 9 de octubre de 2017, V3 fue dado de alta del Hospital Regional; se le prescribieron medicamentos anticonvulsionantes y vitaminas, así como la realización de estudios neurológicos, electroencefalograma y tamiz auditivo, para determinar su diagnóstico definitivo, cita para terapia de Rehabilitación, así como manejo interdisciplinario. A su egreso, fue diagnosticado con asfixia neonatal y encefalopatía hipóxico-isquémica del recién nacido, con necesidad de seguimiento médico para su evolución.

15. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente CNDH/4/2018/2182/Q; para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y V3 integrados en los nosocomios del ISSSTE, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

16. Escrito de queja presentando en este Organismo Nacional el 3 de marzo de 2018, en la que V1 narró los hechos materia de la queja en su agravio, de V2 y V3.

17. Oficio SG/SAD/JSCDQR/02036-4/18, de 22 de mayo de 2018, mediante el cual el ISSSTE remitió:

17.1. Informes rendidos por los servicios de Neonatología y Neurología Pediátrica del Hospital Regional de fechas 7 y 8 de mayo de 2018.

17.2. Expediente clínico de V3, integrado en el Hospital Regional.

18. Oficio SG/SAD/JSCDQR/02984-4/18, de 9 de junio de 2018, mediante el cual el ISSSTE remitió:

18.1 Informes rendidos por el personal médico del servicio de pediatría adscrito a la Clínica Hospital, que atendió a V3, de 25 de mayo de 2018.

18.2 Expediente clínico de V3, integrado en la Clínica Hospital.

19. Oficio SG/SAD/JSCDQR/03631-4/18, de 31 de agosto de 2018, mediante el cual el ISSSTE remitió:

19.1. Expediente clínico de V1, integrado en la Clínica Hospital.

20. Oficio SG/SAD/JSCDQR/04258-4/18, de 25 de septiembre de 2018, mediante el cual el ISSSTE remitió:

20.1. Informes médicos emitidos por el personal adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Hospital, que atendió a V1.

21. Acta circunstanciada de 6 de julio de 2018 en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida por un Visitador Adjunto de este Organismo Nacional con V2, quien sobre el estado de salud de V3 expresó que recibe atención en un Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) para su rehabilitación; aunado a que se le practicaría un estudio neurológico y un encefalograma.

22. Oficio SG/SAD/JSCDQR/05598-4/18, de 18 de diciembre de 2018, mediante el cual el ISSSTE informó que el caso de V1 y V3 fue analizado por el Comité de Quejas médicas de esa institución, determinándose la procedencia del mismo, por lo que se realizarían las gestiones conducentes con las unidades médicas involucradas, para conocer el estado de salud de V1 y V3 y determinar si existen secuelas derivadas de los hechos que ocurrieron durante el parto.

23. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/01224-4/19, de 25 de febrero de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió:

23.1. Los informes del personal médico del servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Regional, en los que se describe la evolución y padecimiento de V3.

23.2. El expediente clínico integrado con motivo de las valoraciones y atención otorgadas en ese nosocomio.

24. Acta circunstanciada de 8 de mayo de 2019, en la cual un visitador adjunto hizo constar las diligencias realizadas para la localización de V1 a fin de verificar su estado de salud y dar continuidad a su seguimiento médico.

25. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/02126-4/19, de 21 de mayo de 2019, mediante el cual el ISSSTE informó haber agendado cita de valoración para V1, por el servicio de Medicina Interna en la Clínica Hospital el 7 de junio de 2019.

26. Acta circunstanciada de 10 de junio de 2019, en la cual personal adscrito a este Organismo Nacional hizo constar la recepción de un recurso suscrito por V1, en el que narró las incidencias suscitadas durante la consulta del 7 de junio de 2019, del que se destacó que el especialista con el que fue referida no tenía conocimiento de la valoración a la que había acudido; asimismo acompañó una solicitud de servicios y una constancia de asistencia relacionadas con la mencionada visita.

27. Correo electrónico de 19 de agosto de 2019, por el que V1 anexa un escrito de fecha 16 de agosto de 2019, suscrito por V1, en el que hace del conocimiento de este Organismo Nacional que en esa fecha, V3 fue valorado en cita médica por el servicio de Neurología-Pediatría del Hospital General, y dado de alta de esa especialidad con referencia para su seguimiento a la Clínica Hospital, expresando su inconformidad con lo anterior, y solicitando que V3 continúe bajo vigilancia pediátrica, ya que presentaba un perímetro cefálico bajo y además existía el antecedente de inadecuada atención médica en la mencionada Clínica Hospital.

28. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/02204-4/20, de 2 de junio de 2020, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del informe rendido por la Clínica Hospital, en relación con la atención médica otorgada a V1 con posterioridad al nacimiento de V3, del cual se observan 2 valoraciones 15 de julio y 21 de agosto de 2019, sin constancia de atenciones posteriores.

29. Acta circunstanciada de 10 de septiembre de 2020, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida entre personal de esta Comisión Nacional y V1, en la que expresó que V3 estaría por cumplir 3 años de edad y es de estatura baja, sin embargo, no lo ha llevado al ISSSTE en razón de la pandemia por SARS-COVID-19, y ha sido atendido por un pediatra privado.

30. Opinión médica de 20 de noviembre de 2020, emitida por personal médico adscrito a este Organismo Nacional, en la que se documentó el análisis realizado a las constancias relacionadas con la atención otorgada a V1 y V3 en el ISSSTE.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

31. El ISSSTE informó que el caso de V1 y V3 fue analizado por el Comité de Quejas Médicas de esa institución, determinándose la procedencia del mismo, e indicó que se realizarían las gestiones conducentes con las unidades médicas involucradas, para conocer el estado de salud de V1 y V3 y determinar la existencia de secuelas derivadas de los hechos.

32. A la fecha de la emisión del presente pronunciamiento, no se cuenta con elementos que permitan documentar acciones de reparación integral en favor de V1, V2 y V3, esto a pesar de que el ISSSTE ha rendido diversos informes a este Organismo Nacional, en los cuales ha expresado haber otorgado algunas valoraciones médicas a V1 y V3, y que ha referido haber dado de alta a V3, quien actualmente tiene 3 años de edad, por mejoría, con atención en su Clínica familiar.

IV. OBSERVACIONES.

33. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2018/2182/Q, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal en agravio de V1 y V3, a una vida libre de violencia en agravio de V1, al interés superior de la niñez de V3 y el consecuente daño al proyecto de vida de V1, V2 y V3, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

34. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que implican este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 *“Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, , determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud¹.

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

36. Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), *“[...] establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*³, así como el derecho a disfrutar *“de los servicios de salud en todas sus*

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

² ONU, CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. *“Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”*. Tercer Objetivo, Meta 3.1, pág. 13.

³ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

*formas y niveles*⁴, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*⁵.

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

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

39. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁶

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

⁵ *Ídem*.

⁶ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017.

40. Esta Comisión Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad*”⁷.

A1. DERECHO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL.

41. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que “*el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”⁸ y que “[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”⁹.

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

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

⁸ Ibidem Párrafo 1.

⁹ Ibidem. Párrafo 27.

*de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]*¹⁰.

43. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”¹¹, garantizando su salud y bienestar.

44. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha enfatizado que es “[...] *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*”¹².

45. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] *existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro*”¹³, por lo que “[a]l existir esta interrelación

¹⁰ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

¹¹ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

¹² CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹³ CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal¹⁴.

A2. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1.

46. Del análisis realizado a las constancias médicas relacionadas con el caso, se observó que, durante los hechos, V1 cursaba su cuarto embarazo, con antecedentes de 1 parto, 1 aborto y 1 cesárea previa. Presentaba antecedentes de riesgo relacionados con obesidad, preclamsia severa y edad de 39 años, lo que incrementaba la probabilidad de complicaciones durante la gestación.

47. Con relación a las consultas prenatales, V1 asistió a 2 citas en la Clínica Hospital durante su embarazo, previas a su hospitalización; la primera de ellas el 21 de septiembre de 2017, al cursar 40.1 semanas de gestación, donde fue valorada por AR3, quien diagnosticó un embarazo de término, de evolución normal, sin actividad uterina; V3 presentaba movimientos fetales, en posición cefálica, con líquido amniótico normal. El mencionado médico le otorgó incapacidad por 90 días.

48. No obstante, este Organismo Nacional observó que, durante esta valoración, AR3 no refirió los signos vitales de V1 de forma completa (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca fetal), ni realizó una descripción completa de la exploración física, situación que impide conocer el estado clínico que guardaban V1 y V3, el día de la citada consulta de control

¹⁴ *Ibidem*, párr. 181.

prenatal. Lo anterior, si bien no tuvo repercusión en el estado de V1, incumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en sus apartados 6.1.2 y 6.2¹⁵.

49. La segunda valoración de control prenatal de V1 se llevó a cabo el 28 de septiembre de 2017, a las 18:00 horas, por AR3 quien describió que V1 cursaba un embarazo de término tardío, de 41.1 semanas de gestación, con disminución en los movimientos fetales. Al respecto, del análisis médico realizado por este Organismo Nacional se observó que, ante el hallazgo de disminución de los movimientos fetales, AR3 debió corroborar el bienestar fetal de V3, toda vez que esta circunstancia, en relación con la edad materna avanzada de V1 y el embarazo de término tardío de 40.1 semanas, incrementaban el riesgo de que existieran resultados adversos para V1 y V3.

50. Lo anterior, atendiendo a lo previsto por La Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único refiere que, ante la detección de falta de movimientos fetales, se debe descartar la presencia de muerte fetal.

51. A su vez, la opinión médica de este Organismo Nacional, destacó que existe evidencia científica de incremento de la muerte fetal, ante la reducción de movimientos fetales, y que las mujeres que reportan una reducción de ellos, pueden beneficiarse de la realización de una prueba de condición fetal sin estrés. De igual forma, la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con atención centrada en la paciente, sustenta que existe fuerte evidencia sobre el riesgo incrementado para madres y bebés si el embarazo continúa después de las 40 semanas y si este se

¹⁵ Norma oficial mexicana **NOM-004-SSA3-2012**. Del expediente clínico. **6.1.2** Exploración física. - Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud. **6.2** Nota de evolución. Describirá lo siguiente: **6.2.1** Evolución y actualización del cuadro clínico; **6.2.2** Signos vitales, según se considere necesario. **6.2.3** Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; **6.2.4** Diagnósticos o problemas clínicos; **6.2.5** Pronóstico; **6.2.6** Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

encuentra entre 41 y 42 semanas, se debe ofrecer inducción del trabajo de parto a la paciente para disminuir la mortalidad perinatal, sin aumentar el riesgo de cesárea.

52. En el caso de V1, dados los citados factores de riesgo AR3 debió corroborar el bienestar fetal mediante estudios como perfil biofísico, registro cardiotocográfico, ultrasonido, entre otros para determinar la conducta a seguir, por lo que la omisión de estos aumentó el riesgo de resultados adversos maternos y fetales.

53. En esta valoración, AR3 omitió también describir los signos vitales, exploración física completa y tratamiento médico, por lo que no se documentó de forma adecuada el estado de salud del binomio materno fetal y si desde este momento V1 requería manejo médico hospitalario, incumpliendo además lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en sus apartados 6.1.2 y 6.2¹⁶. Tal omisión incrementó el riesgo de pasar desapercibidas complicaciones en V1 y V3 como hipertensión arterial, preeclampsia, sufrimiento fetal, infecciones, entre otros.

54. El 1 de octubre de 2017, a las 4:54 horas, V1 ingresó al servicio de Urgencias de la Clínica Hospital; fue valorada por AR1, quien destacó que V1 presentaba hipertensión arterial; lo anterior, en relación a los factores de edad y peso corporal ya descritos, permiten asumir que no se encontraba exenta de cursar con una enfermedad hipertensiva, por lo que la vigilancia y seguimiento estrecho de su embarazo era de gran relevancia por la posibilidad de presentar complicaciones ligadas a la morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetal.

¹⁶ Norma oficial mexicana **NOM-004-SSA3-2012**. Del expediente clínico. **6.1.2** Exploración física. - Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud. **6.2** Nota de evolución. Describirá lo siguiente: **6.2.1** Evolución y actualización del cuadro clínico; **6.2.2** Signos vitales, según se considere necesario. **6.2.3** Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; **6.2.4** Diagnósticos o problemas clínicos; **6.2.5** Pronóstico; **6.2.6** Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

55. Además, AR1 describió sobre el estado de V3, “...UNICO VIVO CON FCF (frecuencia cardíaca fetal) *DE 160 LPM* (latidos por minuto) ...” y con presencia de “...3-4 *CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE MENOS DE 30 SEG. DE DURACIÓN...*”, es decir, que, si bien la frecuencia cardíaca se encontraba en rangos normales, V3 presentaba tendencia a la taquicardia fetal.

56. En ese momento, se constató que V1 presentaba entre 3 y 4 contracciones en 10 minutos, de menos de 30 segundos de duración, con dilatación de 5 centímetros, en trabajo de parto en fase activa, reportando una ruptura de membranas (salida de líquido amniótico) a las 3:30 horas. Al respecto, la opinión médica de esta Comisión Nacional refirió que el diagnóstico de ruptura de membranas se realiza tanto con la sospecha clínica, historia clínica y algunas pruebas diagnósticas, como la especuloscopia mediante maniobra de Valsalva¹⁷ y Tarnier¹⁸.¹⁹ y la exploración manual está indicada sólo si hay trabajo de parto, no antes de la especuloscopia vaginal.

57. Sobre ello, llama la atención de este Organismo Nacional que AR1 omitió señalar en su valoración, los motivos por los que no llevó a cabo una exploración vaginal mediante especuloscopia ni describió haber realizado las maniobras de Valsava y Tarnier que confirmaran o corroboraran el diagnóstico de ruptura de membranas. La opinión médica de este Organismo Nacional expuso que en la praxis médica se recomienda realizar primero la especuloscopia para corroborar el diagnóstico de ruptura de membranas y describir las características del líquido amniótico, aunado a que los tactos vaginales aumentan el riesgo de una infección de placenta (coriamnioititis).

¹⁷ Maniobra de Valsalva: aumento de la presión intrabdominal (pujo o tos). Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. (pg.37)

¹⁸ Maniobra de Tarnier: Consiste en realizar un tacto vaginal, desplazar la presentación hacia arriba y al mismo tiempo con la otra mano realizar presión en el fondo uterino, evidencia salida de líquido amniótico transcervical. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. (pg.27)

¹⁹ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. (pg.18)

58. Tampoco describió los movimientos fetales de V3 ni corroboró el bienestar fetal, como lo recomienda Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, lo cual resulta relevante al considerar los factores de riesgo identificados en el caso de V1, relacionados con su edad, peso, cesárea previa e hipertensión, además de que la frecuencia cardiaca fetal se encontraba en el límite normal superior. Por tanto, al omitir corroborar el bienestar fetal de V3, incrementó el riesgo de pasar desapercibidas complicaciones fetales como hipoxia fetal y pérdida del bienestar fetal.

59. En adición a lo anterior, AR1 durante esta valoración indicó el ingreso de V1 a observación en Urgencias, para continuación del trabajo de parto, sin embargo, omitió iniciar la vigilancia del mismo mediante el registro en el partograma, lo que incrementó el riesgo de pasar desapercibidas complicaciones en el binomio materno fetal, incumpliendo lo establecido en 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, en el apartado 5.5, numerales 5.5.1 y 5.5.2 que dispone la necesidad de favorecer el bienestar de la mujer durante todo el proceso de parto, así como la necesidad de integrar el partograma como parte del protocolo de atención del parto.

60. En consecuencia, el mencionado médico omitió registrar datos de importancia como lo son las constantes vitales fetales del producto de la gestación cada 30 a 46 minutos, contracciones uterinas, dilatación, borramiento, descenso del producto, lo que confirma que existió una inadecuada vigilancia obstétrica desde el ingreso de V1 a la Clínica-Hospital.

61. Aunado a lo anterior, del análisis del expediente clínico de V1 se documentó que no existe nota de valoración por parte del personal médico del Servicio de Urgencias desde la primera nota de AR1, hasta las 8:18 del 1 de octubre de 2017, únicamente

constan registros de enfermería; es decir, por más de 3 horas, el binomio materno fetal no recibió adecuada vigilancia obstétrica médica.

62. Es así que el 1 de octubre de 2017, a las 8:18 horas, V1 fue valorada por AR2 quien reportó que V1 se encontraba en fase activa de trabajo de parto, con ruptura de membranas de 5 horas de evolución y actividad uterina regular; agregó que el líquido amniótico era claro, con olor fétido (anormal). La Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención, describe que la fetidez del líquido amniótico es una manifestación que permite sospechar de corioamnionitis²⁰, por lo que se debe realizar al paciente estudios de laboratorio y gabinete complementario.

63. Al respecto AR2 detectó olor fétido en el líquido amniótico y en los registros de enfermería del 1 de octubre se asentó que tenía una frecuencia cardiaca de 103 latidos por minuto (taquicardia); asimismo, como se mencionó se había registrado frecuencia cardiaca fetal en límites superiores; tales signos clínicos, orientaban a la sospecha diagnóstica de coriamnionitis.

64. La Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención, dispone que el tratamiento de este padecimiento se basa en la interrupción del embarazo y administración de antibióticos de amplio espectro. En el caso de V1, AR2 indicó la administración del antibiótico cefotaxima.

65. Asimismo, durante la misma valoración, AR2 ordenó iniciar la conducción del trabajo de parto con oxitocina para regularizar la actividad uterina. Al respecto, la opinión médica de este Organismo Nacional sustentó que atendiendo a la Guía de

²⁰ Inflamación o infección de la placenta, corión y el amnios (membranas fetales) puede ser definida clínica o histológicamente. Se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto.

Práctica Clínica Parto después de cesárea, en mujeres con intervalo entre embarazos menor a 24 meses, a quienes se realiza conducción del parto, se incrementa el riesgo de fracaso, por lo que aunque en el caso particular de V1, la conducción del trabajo de parto no estaba contraindicada, de acuerdo con lo documentado en la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea el uso de oxitócicos requiere un monitoreo estrecho del binomio materno fetal, el cual como se mencionó previamente no se brindó a V1.

66. La citada Guía, también establece entre los cuidados que deben tomarse durante la conducción del trabajo de parto, la auscultación cardiaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción, monitorización electrónica siempre que sea posible y sugiere utilizar la oxitocina en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedente de cesárea. Asimismo, la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo menciona que la realización de cardiotocografía deberá reservarse a embarazos de alto riesgo y cuando se haya indicado el uso de oxitocina; igualmente recomienda el monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal en casos de conducción. No obstante, en las constancias médicas del expediente de V1, no se observó que el citado monitoreo cardiaco se haya realizado.

67. Cabe destacar, que en la valoración realizada por AR2 se asentó que los signos vitales de V1 se encontraban en parámetros normales, sin embargo, en las constancias de los servicios de enfermería y medicina se menciona que padecía una alteración de tensión arterial previa y posterior a la valoración de AR2, es decir a las 7:15 horas, mas no se documentó si se dio aviso al médico en turno sobre este cuadro hipertensivo, lo que incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetal.

68. Igualmente, con posterioridad a esta valoración, el personal de salud registró cifras tensionales elevadas, superiores a 170/100 mm/Hg, que eran compatibles con preeclampsia con datos de severidad, con motivo de la inadecuada vigilancia de trabajo de parto.²¹

69. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica Detección y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en los tres niveles de atención refiere que los desórdenes hipertensivos están asociados con severas complicaciones maternas y contribuyen a la mortalidad materna y en el caso de V1, el factor de riesgo referente a obesidad se relacionaba con la preeclampsia en inicio tardío.

70. Este Organismo Nacional destaca que la terapia farmacológica puede prevenir la progresión a hipertensión arterial severa y complicaciones como falla cardíaca y eventos vasculares cerebrales y por lo tanto se recomienda iniciar el tratamiento antihipertensivo para reducir la morbilidad materna y reducir los episodios de hipertensión severa.

71. Sin embargo, V1 permaneció 4 horas sin tratamiento antihipertensivo, ya que este fue indicado por AR2 hasta las 11:30 horas, del 1 de octubre de 2017, aumentando el riesgo de resultados adversos.

72. El análisis médico realizado, sustentó que, ante la detección de preeclampsia, se recomienda la interrupción del embarazo vía abdominal; en ese sentido, V1 ameritaba un procedimiento quirúrgico de emergencia atendiendo a las cifras tensionales que presentó y que favorecían un medio hostil para V3 que ponía en riesgo a V1 y V3.

²¹ Preeclampsia con datos de severidad: Cifras tensionales **mayor o igual 160 x 110 mmHg** y síntomas con compromiso de órgano blanco. Puede cursar con cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema, Clonus mayor o igual a 3+, hipersensibilidad hepática, síndrome Hellp, trombocitopenia (plaquetas menores a 150.000 mm³, elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), enzimas hepáticas elevadas (ALT o AST). Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC, 2017. Pág. 7.

73. Lo anterior, debido a que en las enfermedades hipertensivas se presenta una disminución del flujo sanguíneo en el útero que deriva en un aporte insuficiente de oxígeno al producto de la gestación; por tanto, V1 padecía tal complicación hipertensiva, misma que contribuyó directamente a las complicaciones que presentó el producto de la gestación.

74. El 1 de octubre de 2017 a las 9:00 horas, AR2 registró en la Hoja de Vigilancia y atención del parto, que V1 presentaba alteración de los signos vitales e hipertensión arterial y a las 11:30 horas se registraron cifras tensionales de “...**11:30 220/160 ...11:35 210/150... 11:38 220/160... 12:00 200/150...**”, confirmándose emergencia obstétrica que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata. AR2 prescribió medicamentos antihipertensivos a base de Hidralacina, Nifedipino, tratamiento para prevenir la eclampsia, al encontrarse desarrollando ya un cuadro de preclamsia, así como la suspensión de oxitocina e interrupción del embarazo de manera urgente, por lo que se procedió a llevar a cabo la intervención quirúrgica.

75. En consideración de este Organismo Nacional, si bien se determinó oportunamente la práctica de la cesárea, evitándose la muerte materna y neonatal, de haber identificado a tiempo el trastorno hipertensivo, a las 7:15 horas del 1 de octubre de 2017, el riesgo de preeclampsia con datos de severidad y emergencia obstétrica hubiese disminuido y con ello el riesgo de morbilidad materna y complicaciones en el recién nacido, que posteriormente se suscitaron.

76. A las 13:20 horas, AR2 realizó la nota postquirúrgica en la que documentó que se efectuó la interrupción del embarazo por vía abdominal sin complicaciones, y se controló el trastorno hipertensivo; además se corroboró la presencia de corioamnionitis y un desgarro lateral derecho, que fue reparado.

77. V1 permaneció bajo seguimiento postquirúrgico, bajo tratamiento contra la corioamnionitis, y estudios de laboratorio; a su vez se le administraba medicamento

anti hipertensivo hasta el día 4 de octubre de 2017, fecha en la cual se determinó su alta del servicio de Ginecología y Obstetricia, decidiéndose su egreso por mejoría, con las medicaciones ya descritas.

78. En referencia a todo lo descrito, este Organismo Nacional concluye que, derivado de los factores de riesgo que presentó V1 en el momento del parto, (edad materna avanzada, cesárea previa, obesidad clase I), las complicaciones que sufrió durante la hospitalización en la Clínica Hospital (preclamsia con datos de severidad), aunado al uso de oxitócicos, la inadecuada vigilancia de la conducción del trabajo de parto, y la falta de la identificación, diagnóstico y tratamiento farmacológico oportuno para el trastorno hipertensivo, se incrementó considerablemente el riesgo de morbilidad y mortalidad del binomio materno – fetal. Tales complicaciones sí se presentaron en V3 a su nacimiento y con posterioridad, a consecuencia del evento de hipoxia, favorecido por la inadecuada atención médica otorgada a V1 en la Clínica Hospital.

A.3. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V3.

79. Sobre el nacimiento de V3, AR2 registró que se obtuvo un producto del sexo masculino “*no vigoroso*”, sin aspiración de secreciones y se pasó directo a médico pediatra, reportando la presencia de líquido meconial, lo que evidencia la presencia de complicaciones desde el nacimiento del bebé.

80. El 1 de octubre de 2017, a las 14:00 horas, V3 fue valorado por el servicio de Pediatría, por AR1, quien describió en la nota elaborada que presentaba meconio espeso, se le realizó una aspiración endotraqueal, sin encontrar restos de meconio en las vías aéreas del recién nacido; se efectuaron maniobras de presión positiva y se le administraron dosis endotraqueales de adrenalina para reanimación neonatal, logrando recuperarlo.

81. AR1 describió que el menor tenía disminución del tono muscular (hipotonía) y de los reflejos (hiporreflexia), con puntuación de Apgar 1, 5, 8 y frecuencia cardiaca de 68 latidos por minuto. De acuerdo con lo descrito en el análisis médico de este Organismo Nacional, el puntaje de Apgar describe la condición clínica inmediata al nacimiento. La calificación de V3, menor a 3 sugería una depresión severa, por lo que requería atención especializada.

82. Respecto a la valoración Silverman Anderson que se utiliza en el ámbito médico para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, V3 obtuvo una calificación de 3; AR1 no describió los elementos que consideró para otorgar dicha calificación; sin embargo, del expediente clínico se observa que requirió asistencia ventilatoria y evolucionó desfavorablemente, ya que en la nota elaborada se describió: “... *SE MANTIENE MANEJO VENTILATORIO Y SE ENVIA A UCIN PARA SOPORTE CONTINUO...*”.

83. Por tanto, la valoración médica realizada por esta Comisión Nacional permite documentar que a pesar de la calificación de 3 puntos otorgada a V3, al requerir maniobras de ventilación su puntaje era mayor a 7, ya que requirió atención médica sobre su función respiratoria.

84. Además, de los estudios de laboratorio y gabinete que se realizaron a V3, así como de la radiografía que le fue tomada, se encontró un neumotórax de 15%²², por lo que se le colocó un sello de agua mediante un procedimiento quirúrgico, sin complicaciones.

85. AR1 además diagnosticó a V3 con asfixia neonatal²³ y sepsis neonatal temprana, con motivo de sus signos clínicos, lo que permite concluir a este

²² Neumotórax: Presencia de aire dentro de la cavidad pleural, que provoca un colapso del pulmón. Diccionario Médico. Universidad de Navarra.

²³ Padecimiento que proviene de una **alteración del intercambio de gases sanguíneos durante el periodo intraparto**; que, si persiste, genera una **hipoxemia** (disminución del oxígeno en sangre) **progresiva** e hipercapnia (aumento de dióxido de carbono en sangre)”.

Organismo Nacional que derivado del proceso asfíctico dentro del útero que era un ambiente hostil para el recién nacido, este padeció asfixia neonatal, con Apgar bajo, datos de dificultad respiratoria, la cual fue resultado directo de la disminución de oxígeno durante la inadecuada vigilancia del trabajo de parto que derivó en asfixia neonatal.

86. Los factores maternos que influyeron en la condición de V3 fueron la corioamnionitis, comorbilidad obstétrica, (obesidad, preeclampsia, edad materna avanzada); a su vez los factores obstétricos líquido amniótico meconial, uso de medicamentos: oxitocina, ruptura prematura de membranas dan elementos a esta Comisión Nacional para determinar que si bien V1 presentaba factores de riesgo para desarrollar asfixia neonatal, la inadecuada vigilancia del trabajo de parto y la demora en la identificación, diagnóstico y tratamiento antihipertensivo contribuyeron a la presencia del proceso asfíctico incluyendo las complicaciones posteriores, tales como alteraciones neurológicas.

87. Además, V3 tenía un diagnóstico de sepsis temprana, y los factores de riesgo en su caso, se relacionan con la presencia de corioamnionitis materna; por tanto, se le indicaron estudios de laboratorio y cultivos para complementación diagnóstica; además se le indicaron antibióticos consistentes en amikacina y cefotaxima.

88. Asimismo, debido al proceso de asfixia que había padecido V3, este Organismo Nacional puntualiza que era procedente brindar un tratamiento de neuroprotección (enfriamiento terapéutico), para detener el daño o muerte de las células cerebrales. Sobre este aspecto, se constató en el expediente clínico que, aunque V3 tenía muy alto riesgo neurológico, no se le consideró como candidato a medidas de neuroprotección, sin expresar los motivos de tal circunstancia; no se expuso si ello atendió a falta de recursos físicos, tecnológicos o humanos.

89. El 1 de octubre de 2017, a las 13:20 horas, V3 fue valorado por SP1 quien solicitó el traslado a tercer nivel para su ingreso a Terapia Intensiva. En ese sentido, llama la atención de esta Comisión Nacional que de conformidad con lo establecido en el acuerdo 37.1355.2016 de la Junta Directiva por el que se aprueba el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, la Clínica Hospital pertenece al Segundo Nivel de Atención, y debe contar con elementos para atender urgencias médicas-quirúrgicas, así como enfermedades que ameriten técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado para la vigilancia epidemiológica. Por lo que hace al Tercer Nivel de Atención, este deberá atender casos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.

90. En el caso de la Clínica Hospital, como se ha expuesto, SP1, solicitó el traslado al tercer Nivel de Atención, refiriendo en la nota elaborada lo siguiente: “... *inestabilidad del paciente traslado a tercer nivel de atención sin encontrar disponibilidad en hospital Regional Universitario ni el IMSS (sic). Motivo por el cual se deja gestión para Guadalajara firmada y realizado resumen de traslado...*”.

91. Al respecto, el análisis médico efectuado por este Organismo Nacional permite inferir que las medidas de neuroprotección (enfriamiento terapéutico y/ referencia a un nivel de atención que contara con esta terapéutica) requeridas por V3 tenían un margen limitado de tiempo de acción de 6 horas para su aplicación, a partir de su nacimiento; no obstante, transcurrieron de las 12:01 a las 18:01 horas del 1 de octubre de 2017, sin que se hubiese documentado que tal terapéutica se otorgara a V3.

92. Lo anterior es relevante, ya que, si bien el enfriamiento terapéutico no revertiría las lesiones ya causadas por la hipoxia sufrida por V3, sí limitaría el progreso del daño neurológico, mejorando su pronóstico, lo que permite afirmar que la omisión

del mencionado tratamiento contribuyó al deterioro y/o pronóstico desfavorable neurológico del paciente.

93. En la misma fecha, a las 14:00 horas, V3 fue trasladado al Hospital Regional, vía terrestre en ambulancia, dentro de una incubadora; sin embargo, se desconoce la hora de arribo y atención inicial del menor en el Hospital Regional, ya que la primera nota de atención se documentó a las 22:50, por lo que pasaron más de 8 horas en las que se desconoce el estado clínico de V3; ello a pesar de que la distancia en tiempo de recorrido terrestre en un vehículo automotriz de la Clínica Hospital Miguel Trejo Ochoa al Hospital Regional Valentín Gómez Farías es de aproximadamente 2 horas con 45 minutos a 4 horas con 10 minutos.

94. Ahora bien, en las indicaciones médicas obra anotación de las 18:30 horas, sin nombre y firma de médico tratante, para la aplicación de medicamentos anticonvulsionantes midazolam, fentanil y fenitoina, sin embargo, atendiendo a lo dispuesto por la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la encefalopatía hipóxico-isquémica, el tratamiento con anticonvulsionantes en neonatos de término en el periodo neonatal inmediato después de un episodio de asfixia, no se recomienda de manera profiláctica, por lo que en el caso de V3, tales fármacos no estaban indicados para su caso específico, mas no causaron daño en su estado.

95. Retomando la atención de V3 en el Hospital Regional, su ingreso al servicio de Urgencias de Pediatría fue registrado a las 22:50, por SP2, quien describió haberlo recibido hipoactivo²⁴ con cianosis²⁵ central, en la cabeza. En el tórax refirió la presencia de estertores²⁶. También mencionó que los pulsos periféricos de V3 no

²⁴ Hipoactivo: disminución de la reacción al estímulo táctil.

²⁵ Cianosis: Coloración azulada de la piel y las mucosas, debida a una mayor proporción de sangre reducida. Las causas más frecuentes son respiratorias y las circulatorias, que ocasionan una oxigenación insuficiente de la sangre a nivel alveolar. Diccionario Médico Universidad de Navarra.

²⁶ Ruido pulmonar que se produce por la presencia de la acumulación de secreciones.

eran palpables, lo que se asocia a disminución del riesgo sanguíneo, por lo que se solicitó la interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos.

96. A las 23:00 horas del 1 de octubre de 2017, SP3 registró el ingreso de V3 a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; de la descripción realizada destaca que el recién nacido se encontraba con disminución de la frecuencia cardiaca, coloración azulada, en mal estado general, con cianosis central y distal y pulsos no palpables por lo que se le colocó apoyo ventilatorio y drenaje pleural y a pesar de que se encontraba muy grave presentó una ligera mejoría.

97. Durante el 2 de octubre, V3 continuó con el mismo manejo y tratamiento antibiótico; se estableció que por las horas de vida a su ingreso al Hospital Regional no era candidato a medidas de neuroprotección y tenía un alto riesgo neurológico, por lo que se daría seguimiento para la delimitación del daño, pronóstico y tratamiento neurológico; se le administró ventilación mediante una bolsa autoinflable y se indicó que se le valoraría a nivel cardiaco, renal y digestivo.

98. Al respecto, de los estudios que se practicaron a V3 se constató que presentó alteraciones de las enzimas cardiacas, pruebas de función hepática alteradas e hiperglucemia²⁷, siendo tales datos indicativos de falla orgánica múltiple²⁸ ya que el recién nacido sufría en ese entonces afectaciones en los sistemas neurológico, cardiaco y digestivo.

99. El 3 de octubre de 2017, V3 se mantuvo relativamente estable dentro de su estado de gravedad; el 4 de octubre del mismo año, se le realizó ultrasonido renal verificando que sus riñones eran normales; el 5 de octubre se le retiró el sello pleural que le fue colocado para tratar el neumotórax. Durante los días subsecuentes V3 continuó estable progresando hacia la mejoría, hasta el 9 de octubre cuando se

²⁷ Elevación de los niveles de glucosa.

²⁸ Se considera falla orgánica múltiple cuando dos o más órganos y sistemas incluyendo el nervioso presentan alteraciones secundarias a la respuesta inflamatoria sistémica producida por asfixia, generalmente, se presenta en los primeros cinco días de vida.

realizó su nota de alta con referencia para la realización de estudios (tamiz auditivo, encefalograma, y resonancia magnética), así como interconsultas a los servicios de Pediatría, Neurología Pediátrica y Rehabilitación.

100. En referencia a su seguimiento, este Organismo Nacional considera que las secuelas de la asfixia neonatal, se van identificando conforme a las habilidades y destrezas esperadas por la edad no se presentan o están alteradas, y se pueden identificar en los primeros años de vida, por lo que es indispensable que un recién nacido con diagnóstico de asfixia neonatal sea egresado con condiciones de adiestramiento para los padres y familiares para su manejo, de acuerdo a los programas de la institución correspondiente y valoraciones por el servicio de psicología, para integración del núcleo familiar y seguimiento del desarrollo psicológico, así como de medicina física y rehabilitación, neurología pediátrica, gastroenterología/nutrición, oftalmología, otorrinolarigología, audiología realización de potenciales auditivos visuales y sensoriales que deberán realizarse al menos hasta la edad de 5-7 años.

101. En ese sentido, vale hacer mención que, si bien la autoridad ha informado a esta Comisión que se ha otorgado el alta a V3, este Organismo Nacional considera que, atendiendo a las consideraciones precisadas en el análisis realizado, y a fin de garantizar la observancia de los derechos humanos del menor y la reparación integral del daño, es necesario se implementen acciones que garanticen la adecuada atención médica y psicológica de V3 durante su desarrollo.

102. De los elementos descritos, se concluye que las irregularidades del personal médico adscrito a la Clínica Hospital en la atención del parto de V1, provocaron severas afectaciones neurológicas al nacimiento de V3, cuyas repercusiones en el desarrollo del recién nacido deberán ser delimitadas y tratadas mediante atención médica especializada e interdisciplinaria, a fin de buscar una evolución favorable en su desarrollo y crecimiento.

103. Cabe subrayar que este Organismo Nacional tuvo conocimiento al momento de elaboración de la presente Recomendación que V3 recibe atención médica de pediatría en el ámbito privado, debido a la actual pandemia por COVID-19; sin embargo, la delimitación y diagnóstico de las secuelas derivadas de los eventos que se analizan en el presente pronunciamiento deberán resultar de una valoración integral y multidisciplinaria que permita establecer un plan adecuado de seguimiento para propiciar un desarrollo físico y psicológico adecuado para el menor.

104. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional anteriormente, se concluye que AR1, AR2 y AR3 transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 y V3, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, y lo dispuesto en el artículo 12.1 de la CEDAW, al omitir una adecuada vigilancia del trabajo de parto de V1, lo que propició el desarrollo de una enfermedad hipertensiva severa, misma que al no ser tratada oportunamente mediante la resolución del trabajo de parto, provocó efectos adversos en la salud fetal de V3, relacionados con asfixia neonatal y secuelas neuronales que deberán ser diagnosticadas y tratadas a partir de la elaboración de esta Recomendación, además de los que en lo futuro se establezcan en relación con su desarrollo, con lo que se impidió garantizar con efectividad a V1 y V3 su derecho a la protección de la salud.

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

105. Con relación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los hechos que propiciaron la inadecuada atención médica de V1, de acuerdo a su propia naturaleza también constituyen violencia obstétrica, además de un trato inadecuado hacia la mujer embarazada.

106. 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”.*

107. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como “[u]na modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”²⁹ .

108. 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 desapercebida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten.

²⁹ Párr. 94.

*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*³⁰.

109. 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”³¹.

110. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”³².

³⁰ Ídem, párr. 49.

³¹ CIDH. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

³² “Introducción”, Párr. 4.

111. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR2, ejerció violencia obstétrica en agravio de V1 al omitir proporcionarle una atención médica materna integral con oportunidad y calidad, exponiéndola con sus acciones a circunstancias innecesarias con efectos como los que presentó el binomio materno-fetal.

112. Cabe destacar que conforme a la descripción de hechos efectuada por V1 en su queja, en correlación con lo documentado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se acreditó que V1 permaneció al menos 3 horas sin vigilancia obstétrica, circunstancia que además de incidir en la afectación a la salud del binomio materno fetal, evidencia un abandono deliberado de la paciente que se traduce en un acto de violencia obstétrica en su agravio.

113. Aunado a lo anterior, AR2 instruyó la conducción del trabajo de parto de V1, que si bien no se encontraba contraindicada, durante la misma no se realizó monitoreo estrecho sobre el estado de salud de la paciente, lo que se traduce en la falta de vigilancia de su proceso natural que además retrasó la resolución del mismo, causándole afectaciones tanto físicas como psicológicas, con motivo de la falta de atención del personal médico asignado para su cuidado en diversos momentos del parto que incluso incidió en la salud de su hijo recién nacido V3.

114. Se observa entonces, que la falta de vigilancia constituye una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por: a) la falta de vigilancia del parto durante al menos 3 horas a su ingreso a la Clínica Hospital y b) la inadecuada atención médica que le brindó, al omitir la estrecha revisión después del suministro de oxitocina, provocando el desarrollo de una enfermedad hipertensiva de consecuencias que trascendieron en su salud y la de V3.

115. Lo anterior se agrava al considerar que dentro de las constancias médicas del expediente clínico de V1 no obra el consentimiento informado relacionado con la

aceptación de la paciente para la conducción del trabajo mediante oxitócicos, incumpliendo lo establecido en le NOM-007-SSA2-2016. Tal omisión es indicio de las prácticas que prevalecen entre el personal médico que brinda atención obstétrica, al ignorar o disminuir la capacidad de decisión que debe prevalecer en favor de la mujer durante aquellos procedimientos que puedan resultar invasivos en sus procesos reproductivos.

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

117. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal en turno encargado de la atención de V1, a su ingreso a la Clínica Hospital y AR2 es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN AGRAVIO DE V1 y V3.

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

el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

119. En la Recomendación 81/2017³³, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como “[...] *aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero*”.

120. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La CrIDH ha puntualizado que: “[...] *la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana*”³⁴.

121. Además, ha sostenido que los Estados “[...] *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”³⁵.

122. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V1 por parte de AR1, AR2 y

³³ CNDH, Recomendación 81/2017, párrafo 92.

³⁴ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

³⁵ CrIDH Caso “Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

AR3 son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la integridad personal.

123. En este sentido, las irregularidades ya expuestas que propiciaron que V1 presentara un padecimiento hipertensivo denominado preeclampsia con datos de severidad, por la inadecuada vigilancia del parto, que la colocaron en una situación de riesgo que afectó su salud y la de V3, quien padeció las consecuencias de las omisiones del personal, presentando asfixia neonatal y encefalopatía hipóxico isquémica, mismas que son causa de secuelas neurológicas que ameritarán atención médica interdisciplinaria y psicológica constante para V3.

124. Por lo anterior, se advierte que AR1, AR2 y AR3 incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo con lo dispuesto en el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2, 3, 20 y 27, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”; “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”; “Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes”.*

125. Además, AR1, AR2 y AR3 incumplieron con lo establecido por el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...]”* en concordancia con la fracción II, del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos [...]”.*

D. INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

126. 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”.

127. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente, en ese sentido, en su artículo 3, párrafo primero, establece que “[e]n todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

128. Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que “*Todo niño tiene derecho, [...], a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado*”.

129. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo

individual o colectivo, "[...] se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior [...], el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe 'en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño', lo que significa que, en 'cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá', lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también [...] los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. [...] las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la [...] salud [...] deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él [...] y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses [...]"³⁶.

130. La Observación General 14 "Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial" del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1), señala que "[l]a plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral [...] del niño y promover su dignidad humana [...]"³⁷.

131. La Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas "Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)", establece, en su párrafo 12, que "[e]l artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como

³⁶ 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.

³⁷ Introducción, inciso A, párrafo 5.

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 [...]”.

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

133. 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 [...]”*³⁸.

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

D. 1. VIOLACIÓN AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V3.

135. Al existir una profunda interrelación del binomio materno fetal, AR1, AR2 y AR3 debieron observar una serie de procedimientos normados para su 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 tanto para la madre

³⁸ “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

como para el recién nacido. En este sentido, la NOM-007-SSA2-2016 mandata brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez³⁹, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

136. En ese tenor, este Organismo Nacional considera que, con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2 y AR3 se transgredió en agravio de V3 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas personas servidoras públicas ocasionaron una afectación a su derecho a la protección de la salud, ya que la inadecuada atención de V1, incidió directamente en las complicaciones de salud de V3, cuyos efectos aún no pueden ser diagnosticados por médico especialistas en razón de su natural desarrollo determinado por su edad.

137. La inadecuada atención prenatal, omisiones en la vigilancia del trabajo de parto, el uso de oxitocina sin atención estrecha sobre el estado de V1 por parte de AR1, AR2 y AR3, incidieron en los datos clínicos que registró V3 al momento de su nacimiento como dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos, alteraciones en la perfusión, sepsis, con las cuales en opinión de médicos de esta Comisión Nacional es posible determinar que V3 estuvo expuesto a eventos de hipoxia o disminución de oxígeno durante el trabajo de parto, generando asfixia al momento de su nacimiento y en consecuencia alteraciones neurológicas secundarias a las complicaciones de V1 durante la resolución del trabajo de parto hasta el nacimiento de V3.

138. Por lo antes descrito, las afectaciones neurológicas que presente V3 y que en este momento no es posible diagnosticar en su totalidad debido al desarrollo y madurez en relación con su edad, se podrían manifestar durante su infancia, lo que

³⁹ CNDH. Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 26/2018 de 26 de julio de 2018, p. 116; 79/2017 de 29 de diciembre de 2017, p. 159; 48/2017 de 19 de octubre de 2017, p. 45; y en la Recomendación General 31/2017 pp. 68 y 126.

hace necesario un seguimiento estrecho e interdisciplinario para favorecer su desarrollo con una atención integral que permita mejorar sus condiciones de vida.

139. En consecuencia, AR1, AR2 y AR3 vulneraron el interés superior de la niñez, por no haber considerado las condiciones mínimas que garantizaran a V3 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad durante su nacimiento que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría “una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”⁴⁰ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previene y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

140. En razón de lo anteriormente señalado, esta Comisión Nacional determina que AR1, AR2 y AR3 transgredieron el derecho de V3, a la protección de la salud, previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender

⁴⁰ Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 26.

primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

E. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1 Y AFECTACIONES PARA V2 y V3.

141. Para esta Comisión Nacional es importante exponer la afectación al proyecto de vida de V1 y su familia como consecuencia de las violaciones sus derechos humanos. La Corte Interamericana se ha referido a aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”*⁴¹.

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

143. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V3. De ahí que sea necesario analizar no únicamente la situación de V3 como afectado, sino también de V1 en su condición de su madre y de V2 en su carácter de padre, quien además se observa acompañó durante los

⁴¹ CrIDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 149 y 150. Caso de los “Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala” Sentencia de 19 de noviembre 1999, (Fondo). Voto concurrente conjunto de los jueces A. A. Cançado Trindade y a. Abreu Burelli.

hechos a V1 y asimismo sufre una afectación en su proyecto de vida con motivo del vínculo familiar con V3, adquiriendo en ese sentido la calidad de víctima indirecta de las violaciones a derechos humanos aquí analizadas.

144. Tal como ya ha sido descrito, esta Comisión Nacional advirtió acciones y omisiones en la resolución del proceso obstétrico de V1 que generaron un parto traumático en el que se suscitaron retrasos y omisiones de atención oportuna que fueron interpretados por V1 como acciones de abandono que además constituyeron inadecuada atención médica y causaron hipoxia neonatal a V3, con las secuelas neurológicas que al momento no han sido diagnosticadas y atendidas pero con la expectativa de las que durante los próximos años de su vida pudiera presentar y que limitarían no sólo la calidad de vida de V3, sino la de V1, V2 y toda su familia en conjunto.

145. Lo anterior, también genera afectaciones en el desarrollo de V3, cuya duración y permanencia no es posible establecer actualmente debido a la edad en la que aún se encuentra, ya que en un futuro podría presentar diversas secuelas aún en la edad escolar, determinantes para su acceso a un ciclo vital como cualquier persona en situaciones comunes, lo que en la vida de V3, V2 y V1 no será, al requerir un seguimiento médico, neurológico, psicológico y de rehabilitación durante las diversas etapas de su desarrollo para una reparación integral del daño incidiendo, como se mencionó en las expectativas y proyecto de vida.

146. Las secuelas en V3 y los daños subsecuentes que pudieran generarse tanto en su salud como en la de V1 por los hechos acontecidos, son motivo de afectación emocional y psicológica para las víctimas, agravios a los que en el caso de V1 y V2 se suman las acciones especiales que conlleva el cuidado de V3 modificando el proyecto de vida de la familia que integran.

F. RESPONSABILIDAD.

147. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica y a la integridad física en agravio de V1 y V3, a una vida libre de violencia obstétrica en contra de V1. De igual forma AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad por violación al interés superior de la niñez en agravio de V3, quienes con sus actos y omisiones omitieron garantizar el grado máximo de salud posible.

148. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente recomendación con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos, o bien, de ser el caso, se amplíe el que pudiera haberse iniciado con motivo de la vista que al momento de la recepción de la queja de V1 se dio por parte de ese mismo Instituto, cuyo trámite se suspendió acorde con la información proporcionada a este Organismo Nacional con motivo de la pandemia por COVID-19.

149. Asimismo, AR1, AR2 y AR3 son responsables por contravenir los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto, Constitucional; 1°, 2°, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

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

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

151. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la 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, atribuibles a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

152. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el*

funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el “Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y a la integridad física en agravio de V1, así como al interés superior de la niñez en agravio de V3, se deberá inscribir a V1, V2 en calidad de víctima indirecta y V3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctimas de violaciones a derechos humanos con independencia de su calidad de víctimas del delito con que se les brinda acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

a) Medidas de rehabilitación.

154. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes

referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

155. De manera inmediata, se deberá brindar atención psicológica y/o psiquiátrica que requieran V1, V2 y V3, por personal profesional especializado hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas.

156. Asimismo, se deberá otorgar seguimiento y vigilancia a las secuelas o efectos neurológicos que se pudieran advertir en V3, debiendo practicarse los estudios necesarios por las especialidades en la materia para determinar diagnósticos, tratamientos y pronósticos de manera oportuna y gratuita que permitan garantizar su derecho a la protección de la salud.

b) Medidas de satisfacción.

157. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública, y e) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones.

158. En la presente Recomendación se han acreditado violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, V2 y V3, por parte de personas servidoras públicas del ISSSTE, por lo que se deberá realizar un reconocimiento de la responsabilidad de esa Institución ante las víctimas y sus familiares y se les ofrezca una disculpa.

159. Asimismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el

ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron.

c) Garantías de no repetición.

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

161. Dichos cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

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

163. En un término menor de 2 meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de la Clínica Hospital, en la que se exhorte al personal, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

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

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

d) Medidas de compensación.

166. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de



Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1, V2 y V3 por las acciones y omisiones en las que incurrieron AR1, AR2 y AR3 durante la atención médica otorgada a V1 que derivó en efectos y secuelas en V3 de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V1, V2 y V3 en términos de la Ley General de Víctimas, así también, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y médica, con base en las evidencias planteadas, en un lugar accesible para las víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Coadyuvar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas con el objeto de proporcionar la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que V1, V2 y V3 requieran por personal profesional especializado, así como de todas las que requieran y de forma continua hasta que alcance su sanación psíquica y emocional o máximo beneficio en su salud atendiendo a su edad, sexo y necesidades, en un

lugar accesible para las víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Coordinar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas con la finalidad de brindar la atención médica, neurológica y de rehabilitación, así como todas las demás que requiera V3 de personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance su sanación o máximo beneficio en su salud, atendiendo a su edad, sexo y necesidades y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

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

QUINTA. Se colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en la presentación e integración de la denuncia que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1, AR2 y AR3, y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades observadas en la presente Recomendación y una vez que determine la responsabilidad dentro de los procedimientos que al efecto se inicien, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2 y V3, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo menor a 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico de la Clínica Hospital en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

OCTAVA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan a todo el personal médico de la Clínica Hospital incluidos AR1, AR2 y AR3, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, d) Derecho a la integridad personal, e) Interés superior de la niñez; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y el contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y enviar a esta Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

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

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

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

168. 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.

169. 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.

170. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución



Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA