



RECOMENDACIÓN NO. 9/2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN OCOTLÁN, JALISCO.

Ciudad de México, a 17 de marzo del 2017

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/1722/Q**, relacionado con el caso de V1 y la pérdida del producto de la gestación.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo

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

I. HECHOS.

3. El 29 de febrero de 2016, se recibió en esta Comisión Nacional la queja presentada por V2, en la que denunció violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, por la pérdida del producto de la gestación en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ocotlán, Jalisco (en lo sucesivo “Hospital General”).

4. V2 narró que V1 presentaba un embarazo y que en la semana 28, le fue detectado un problema en la glucosa, cuestión que podría tratarse de diabetes gestacional.

5. El 12 de febrero de 2016, aproximadamente a las 20:30 horas, V1 con 36 semanas de gestación y V2 acudieron al Hospital General, en donde V1 fue ingresada inmediatamente a revisión ginecológica, y se les informó sobre el posible “*parto adelantado*”, el cual estaba programado originalmente para la segunda semana de marzo del 2016. Debido a esta situación a V1 le administraron medicamento.

6. El 13 de febrero de 2016 por la tarde, un Ginecólogo del Hospital General, les informó que era innecesario seguir con el medicamento indicado, por lo que le fue suspendido para que V1 fuera preparada para el nacimiento del bebé.

7. El 14 de febrero de 2016, V1 fue ingresada al área de toco-cirugía para preparar el parto, el cual a decir de V2, transcurrió desde las 13:00 horas de ese día, hasta las 14:30 horas aproximadamente del 15 de febrero.

8. Posteriormente, una Ginecóloga del Hospital General informó a V2 que: *“el parto estaba normal y que el tiempo era normal, que hacer una cesárea era riesgoso para ambos”*. A las 14:40 horas del 15 de febrero de 2016, la citada Ginecóloga avisó a V2, que su hijo *“había nacido con ritmo cardiaco débil, y que había muerto”*.

9. Asimismo, V2 expresó a esta Comisión Nacional que el personal del Hospital General intentó hacerles creer que el fallecimiento del producto de la gestación fue por causas naturales de su corazón, sin embargo, en contraste con lo anterior, al realizarle estudios generales como el estado del ritmo cardiaco, placenta, oxigenación y líquido, en dos ocasiones diferentes se les informó que no se detectó problema alguno en el producto de la gestación.

10. Con motivo de los hechos, esta Comisión Nacional, inició el expediente de queja **CNDH/4/2016/1722/Q**, solicitando información y copia del expediente clínico al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Escrito de queja de 29 de febrero de 2016, presentado por V2 a esta Comisión Nacional, donde describe presuntas violaciones a los derechos humanos de V1.

12. Oficio 09/52/17/61/4BB1/0686 de 5 de abril de 2016, por el cual diversos servidores públicos del IMSS rindieron el informe solicitado por este Organismo Nacional.

13. Expediente clínico de V1 en el Hospital General, del que destacan las siguientes constancias:

13.1 Nota médica del 22 de enero de 2016, con nombre del médico ilegible, en la que se señaló que V1 fue diagnosticada con diabetes.

13.2 Nota médica del 23 de enero de 2016, de las 08:00 horas, firmada SP1.

13.3 Nota de alta, del 26 de enero de 2016, suscrita por SP2.

13.4 Nota de evolución, del 10 de febrero de 2016, de las 04:00 horas, con el nombre ilegible del médico, de la cual se advierte que a V1 le fue indicado un esquema de inductores de madurez pulmonar.

13.5 Nota médica, del 13 de febrero de 2016, con nombre y hora ilegibles, en la cual se anotó respecto de V1 lo siguiente: [...] *buena motilidad fetal, no pérdidas vaginales, ECO líquido normal... plan útero inhibidores vía oral...*”.

13.6 Nota médica, del 14 de febrero de 2016, con nombre y hora ilegibles, en la cual se indicó: “... *Plan: continúa en vigilancia evolución espontánea de Trabajo de parto...*”.

13.7 Nota médica del 14 de febrero de 2016, de las 23:15 horas, con nombre del médico ilegible, en la cual se indicó: “[...] *5 cm de dilatación con 80% de borramiento, amnios integro... actualmente en trabajo de parto, Plan: Pba de trabajo de parto, vigilancia obstétrica, libre evolución, antibiótico...*”.

13.8 Nota de Pediatría, del 15 de febrero de 2016, de las 13:37 horas, realizada y firmada por SP3.

13.9 Nota de ingreso a Toco, del 15 de febrero de 2016, de las 14:00 horas, con el nombre del médico ilegible, en la que se anotó: [...] *tacto vaginal cérvix con buena evolución de trabajo de parto, presenta evolución completa de trabajo de parto, por lo que se decide pasar a expulsivo, se pasa paciente expulsivo, obteniendo producto único, se aspiran secreciones y se pasa a pediatra, no se ausculta FCF por lo que por el servicio de pediatría de (sic) administran maniobras de resucitación, sin respuesta a maniobras...*”.

13.10 Certificado de muerte fetal, de 15 de febrero de 2016, que establece como causas de muerte del producto de la gestación: *“hipoxia intrauterina, Síndrome del Rn de madre diabética gestacional, diabetes gestacional”*.

13.11 Nota de evolución del 16 de febrero de 2016, de las 08:00 horas, con nombre del médico ilegible, de la cual se extrajo lo siguiente: *“...paciente de 32 años con parto único espontáneo... abdomen blando, útero involucionado loquios normales Rots normales, adecuada evolución en el posparto se decide su egreso con datos de alarma y cita abierta...”*.

14. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 1° de septiembre de 2016, por un médico de este Organismo Nacional.

15. Acta Circunstanciada de 11 de octubre de 2016, en la que se hizo constar una llamada telefónica, en la que V2 informó a esta Comisión Nacional, que con motivo de los hechos, presentó una denuncia ante la Fiscalía General del Estado de Jalisco.

16. Acta Circunstanciada de 2 de diciembre de 2016, en la que se hizo constar la remisión por parte de un servidor público de la Fiscalía General del Estado de Jalisco, de una ficha informativa, mediante la cual informó a este Organismo Constitucional, el estado que guarda la AP iniciada por los hechos sucedidos a V1.

17. Oficio 09/52/17/61/4BB1/2780, recibido el 6 de diciembre de 2016, por el cual una servidora pública del IMSS, informó a esta Comisión Nacional, el acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, sobre el caso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. Derivado de los hechos, V2 presentó una denuncia ante la Fiscalía General del Estado de Jalisco. Este Organismo Nacional, solicitó información a dicha representación social, sobre el estado que guarda la AP; al respecto se informó que la investigación se encontraba *“en integración y espera de recepción de dictámenes periciales para consignar al C. Juez Especializado en materia penal del Sexto Partido Judicial con sede en Ocotlán, Jalisco”*.

19. La Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS informó a este Organismo Nacional, que con motivo del presente caso, inició una queja médica que determinó: *“IMPROCEDENTE desde el punto de vista médico”*.

IV. OBSERVACIONES.

20. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/1722/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan vulneración a los derechos humanos de V1; por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud; 1.1. Inadecuada

atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación; y 2. Derecho a la información en materia de salud.

1. Derecho a la protección de la salud.

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

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

23. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama*

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

² CNDH. Recomendación General 15, párrafo 24 y Recomendación 38/2016, párr. 21.

*de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*³.

24. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*⁴.

25. Además se puntualizó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁵.

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

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

⁴ Párrafo 1.

⁵ *Ibidem*, párr. 27.

el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.

27. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*⁶.

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

⁶ OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y la pérdida del producto de la gestación.

29. En el presente caso, V1, mujer de 32 años, durante su atención prenatal, el 22 de enero de 2016 fue ingresada al Hospital General para monitoreo, ya que fue diagnosticada con Diabetes Gestacional.

30. De acuerdo con un médico de este Organismo Nacional, la Diabetes Gestacional se considera de alto riesgo por las complicaciones que puede generar para la mujer y el producto de la gestación; se define como aquella que es diagnosticada por primera vez durante el embarazo, la cual generalmente se presenta en la segunda mitad de la gestación, y usualmente desaparece después de terminado el embarazo.

31. En México la diabetes gestacional en mujeres embarazadas se registra con una incidencia que varía, según los estudios de 1.6 hasta 12 %. Si bien es cierto, la presencia de diabetes durante el embarazo produce riesgos de efectos adversos maternos, fetales y neonatales, es importante enfatizar que para la mayoría de las complicaciones, no hay umbral que conlleve riesgos de morbilidad para la madre y el feto⁷, por tanto, una adecuada atención médica sería suficiente para evitar la muerte materna o la pérdida del producto de la gestación.

32. En este sentido, la nota médica del 22 de enero de 2016, en relación con el padecimiento de V1 se estableció lo siguiente: *“...paciente con diagnóstico de diabetes por medio particular el día 11 de enero 2015, se inicia tratamiento con dieta hoy acude con labs de control: glucosa en ayuno de 118 y postprandial 208... peso de 92.5, TA 110/70... abdomen grávido, producto único vivo*

⁷ World Diabetes Foundation. “Detección y manejo de diabetes gestacional”, pág. 4.

longitudinal cefálico FCF 130 x min... paciente con embarazo de alto riesgo por diabetes gestacional, amerita iniciar tratamiento con insulina por descontrol de glucosa, se hospitaliza para vigilancia...". De dicha nota se desprende que por los estudios de laboratorio reportados se señaló: "*glucosa en ayuno de 118 mg/dl (normal 70-110 mg/dl) y postprandial de 208 mg/dl*", lo que advierte que V1 se encontraba en un descontrol glucémico, por lo que se le prescribió insulina NPH y Lispro⁸.

33. El 23 de enero de 2016, SP1 solicitó análisis de química sanguínea, con la finalidad de monitorear los niveles de glucosa, los cuales se encontraron en parámetros normales (84 mg/dl) por el tratamiento de Insulina, y se estableció motilidad fetal positiva y frecuencia cardiaca de 148 latidos por minuto, es decir, el producto se encontraba viable en el momento de dicha valoración.

34. El 24 de enero de 2016, a V1 le fue realizado un *ecosonograma*, el cual reportó un producto de 33.1 semanas de gestación, con líquido amniótico normal y un crecimiento ponderal mayor al percentil 90 con un peso aproximado de 2,547 gramos, es decir, que para ese momento el producto no se consideraba grande para la edad gestacional, por lo que se indicó el alta a V1.

35. El 9 de febrero de 2016, V1 acudió nuevamente al Hospital General, donde le fue realizado un partograma, donde se estableció: "*tacto vaginal cérvix con 1 centímetro de dilatación y 80% de borramiento con sangrado +/-+++, FCF de 148 lpm*", motivo por el cual V1 fue ingresada por una Amenaza de Parto Pretérmino. El mismo día, SP2 estableció la administración *nifedipino* 30 mg vía oral cada 12 horas y *Dexametasona* 6 mg Intramuscular cada 12 horas.

⁸ Es un tipo de insulina.

36. El 10 de febrero de 2016, en una nota médica se estableció: “...paciente 32 años G2C1, Dx emb. 34.3 SDG + APP + DMG aparentemente controlada... sin actividad uterina durante la exploración, FCF nl, TV diferido... se inicia esquema de inductores de madurez pulmonar... Plan: reposo absoluto/Uteroinhibición con Nifedipino, monitoreo de glucosa, vigilancia estrecha...”.

37. Sobre dicha nota, un médico de esta Comisión Nacional consideró que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo” de la Secretaría de Salud (2009), la evidencia de parto pretérmino en pacientes con diabetes y embarazo es de 23%, y se ha observado que el nivel de hemoglobina glucosilada en el primer trimestre es un fuerte predictor para parto pretérmino, por lo que, cuando su valor es de 7.7 % o mayor, la incidencia de esta complicación aumenta hasta 40%⁹, sin embargo, el personal médico del Hospital General no solicitó dicho parámetro desde el 22 de enero de 2016, fecha en que V1 fue diagnosticada con diabetes gestacional.

38. Asimismo, del análisis del expediente clínico, en una hoja de enfermería, sin fecha, se pueden observar las anotaciones: “EHIE... amenaza de parto pretérmino...”, lo anterior, de acuerdo a la opinión médica de este Organismo Nacional, es indicativo que al momento de ingresar a V1 el día 12 de febrero, no se establecieron datos o parámetros que guiaran a una amenaza de parto pretérmino o Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo, de ser así, se hubiera indicado tratamiento a base de uteroinhibidores (*nifedipino*), ultrasonido para verificar el índice de líquido amniótico (las pacientes con diabetes gestacional son propensas a presentar polihidramnios), posición, peso, movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal y tamaño del producto, es decir un perfil biofísico; para V1 la toma de tensión arterial estrecha y en caso de encontrarse elevada iniciar con antihipertensivos como Hidralazina, ya que por segunda ocasión presentó

⁹ Pág. 25

esta complicación (amenaza de parto pretérmino); esta **omisión**, del retraso o falta de datos de ambos diagnósticos influyó en la pérdida del producto de la gestación, al no brindarse una atención oportuna.

39. El 13 de febrero de 2016, V1 fue valorada por personal médico del Hospital General, estableciendo en una nota lo siguiente: “...*embarazo de 35 semanas Tx con insulina... refiere ya no tener contracciones, buena motilidad fetal, no pérdidas vaginales, ECO líquido normal... plan útero inhibidores vía oral...*”. Al respecto, un médico de este Organismo Nacional advirtió que se iniciaría con uteroinhibidores, sin embargo no se reportaron datos o parámetros para llegar a la decisión de administrar dicho tratamiento, ya que para establecer si una paciente requiere de uteroinhibidores, primero se debe confirmar la edad gestacional, documentar la actividad uterina, evaluar las condiciones cervicales, y deben considerarse si existen condiciones maternas o fetales que contraindiquen la tocólisis¹⁰, de acuerdo con lo establecido en la bibliografía médica especializada en el tema, lo cual no se realizó.

40. Asimismo, se constató que en las indicaciones médicas del mismo día (con nombre del médico ilegible) se estableció la administración de Orciprenalina¹¹. Con relación a este medicamento la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo* menciona que los betamiméticos (*orciprenalina*) están **contraindicados** en mujeres con diabetes para el manejo de la amenaza de parto pretérmino, toda vez que los efectos secundarios maternos son taquicardia, hipotensión, taquipnea, náuseas y vómitos, así como concentraciones altas de azúcar es decir hiperglucemias (efecto secundario más importante en este caso en particular), por lo que se debe utilizar otro tipo de tratamiento como los antagonistas del calcio, la indometacina o el atosiban.

¹⁰ Inducción de la actividad del parto.

¹¹ Medicamento utilizado para una amenaza de aborto.

41. Respecto a los efectos fetales por el uso de la citada orciprenalina, el médico de esta Comisión Nacional consideró que por la facilidad que tiene de atravesar la barrera placentaria, puede producir hipoglucemia neonatal que se puede manifestar si el parto se produce a pesar del tratamiento, es decir que en este caso en particular en lugar de remitir el cuadro (amenaza de parto pretérmino) se exacerbó, **lo cual comprometió aún más al producto de la gestación.**

42. De igual manera, se omitió la indicación de un perfil biofísico a base de un ultrasonido o Doppler, así como un registro cardiotocográfico con la finalidad de establecer la existencia de alguna complicación fetal para determinar la interrupción del embarazo vía cesárea de manera urgente, asimismo el día de su ingreso (12 de febrero de 2016) no se realizó el Partograma; en relación a ello la *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, prevé que dicho documento es uno de los más importantes avances en la atención obstétrica moderna, la revisión continua de la contractibilidad uterina permite una intervención temprana en un progreso lento o cese en el trabajo de parto, por lo tanto la omisión del Partograma el día de su ingreso (12 de febrero de 2016), fue un condicionante para una inadecuada vigilancia del binomio materno-fetal.

43. El binomio materno-fetal fue valorado nuevamente hasta el 14 de febrero de 2016, es decir, un día después de su última valoración (13 de febrero de 2016), lo que es indicativo que no se otorgó la debida atención en la evolución del diagnóstico mal establecido de amenaza de parto pretérmino. Con respecto a la vigilancia de paciente la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo*, establece que durante el trabajo de parto y el nacimiento, la glucosa sanguínea capilar debe ser monitoreada cada hora y mantenerse entre 80 y 120 mg/dl, ya que es de importancia para disminuir la

morbilidad y mortalidad perinatal; siendo que no se indicó la toma de glucosa en ningún momento, lo que también formó parte de los factores que desencadenaron la pérdida del producto, ya que las alteraciones de la glucosa en la madre, pueden producir en el producto de la gestación las siguientes: **a)** óbito, **b)** macrosomía, **c)** trauma obstétrico, **d)** hipoglucemia, **e)** policitemia, **f)** hiperbilirubinemia, y la **g)** insuficiencia respiratoria.

44. El 14 de febrero de 2016, V1 fue evaluada y se advirtió de la nota médica elaborada (la cual no tiene nombre de quien la suscribe), lo siguiente: *“...actualmente con inicio tocolítico desfavorable... FCF 178 x’, 2 cm de dilatación, glucosa normal 80% borrado... Plan: continúa en vigilancia evolución espontánea de Trabajo de parto...”*. En este sentido, de acuerdo con la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, de forma inadecuada se continuó con la indicación de tocolítico, a base de Orciprenalina, el cual está contraindicado para las gestantes con diabetes, por lo tanto, era momento de suspender el medicamento, establecer el número de contracciones, su duración e intensidad, las condiciones cervicales, registro cardiotocográfico y estudio por ultrasonido, con la finalidad de vigilar el estado del producto y determinar la interrupción del embarazo vía abdominal.

45. El mismo 14 de febrero de 2016, V1 fue valorada de nueva cuenta, indicándose en una nota médica la siguiente información: *“...se refiere con dolor tipo obstétrico... abdomen globoso con PUVI cefálico con FCF 136 con 2-3 contracciones en 10 minutos, tacto vaginal 5 cm de dilatación con 80% de borramiento, amnios integro... actualmente en trabajo de parto, Plan: Pba de trabajo de parto, vigilancia obstétrica, libre evolución, antibiótico...”*, de lo anterior, se advierte que V1 se encontraba en trabajo de parto en fase activa¹²; y se le

¹² La fase activa que se describe como contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 centímetros, en pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

ofreció una prueba de trabajo de parto la cual se induce a base de Oxitocina, sin embargo, dicho medicamento no fue administrado sino hasta el día siguiente, lo que constató la inadecuada vigilancia y seguimiento por parte del personal médico en cuanto a sus indicaciones.

46. De acuerdo con la opinión médica emitida de este Organismo Nacional, al establecer esta prueba se deben tomar en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop,¹³ así como un registro cardiotocográfico, ya que se considera un embarazo de riesgo por la presencia de diabetes; por lo tanto, el registro cardiotocográfico, el ultrasonido obstétrico, la indicación de Orciprenalina (de manera innecesaria), la falta de toma de glucosa sanguínea a V1, la ausencia de reporte de las contracciones uterinas así como la escala de Bishop, son omisiones que condicionaron y favorecieron la pérdida del producto de la gestación.

47. El 15 de febrero de 2016 , V1 al ser valorada, se estableció: “...se refiere con contracciones uterinas, refiriendo motilidad fetal... abdomen con útero gestante FCF de 136 x´, tacto cérvix dilatación 5 cm, amnios íntegro... paciente a la cual se deja prueba de trabajo de parto, evolución espontánea de trabajo de parto...”, es por ello, que se advirtió que el personal médico del Hospital General, dejó a V1 en prueba de trabajo de parto, y se indicó la administración de *oxitocina*, sin embargo, dicho medicamento se **debió** suministrar desde el 14 de febrero de 2016, además en dicha valoración **no se estableció** el índice de Bishop como se mencionó anteriormente.

48. En la valoración del 14 de febrero a las 23:15 horas, se estableció 5 centímetros de dilatación y en la atención del 15 de febrero no se reportaron cambios cervicales, es decir, se anotaron los mismos centímetros, lo que quiere

¹³ Gradúa a las pacientes que tendrán más probabilidades de lograr un parto exitoso.

decir que existió una detención del trabajo de parto; al respecto la bibliografía médica menciona que si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con oxitocina (el cual se administró el día 15 y no el 14, ambos de febrero); en ese sentido no hubo dilatación cervical aproximadamente 8 horas, lo que advierte una prueba fallida; por tanto, se debió interrumpir el embarazo vía cesárea, y solicitarse el registro cardiotocográfico, cuestiones que también fueron omitidas en el presente caso.

49. El 15 de febrero de 2016 a las 13:50 horas se ingresó a V1 a sala de expulsión siendo atendida por AR1, en donde refirió: “...se realiza *episiotomía media*, a las 13:17 se obtiene *Rn sexo masculino se aspiran secreciones por boca y nariz se pinza y corta cordón umbilical y se pasa a pediatra, no se detecta FC con estetoscopio, se administran maniobras de resucitación...*”, lo que confirma que las omisiones que se mencionaron son factores que contribuyeron a la pérdida del producto de la gestación, toda vez que una de las complicaciones del embarazo con diabetes es el óbito, derivado de la inadecuada vigilancia médica.

50. Posterior al parto, SP3 anotó: “*Se recibe producto de parto vaginal sin signos vitales... hospitalizada [...] cursando embarazo con amenaza de parto prematuro, [...] nace sin presentar esfuerzo respiratorio ni latido cardíaco ni tampoco movimientos musculares, flácido, cianótico y ante desconocer tiempo de ausencia de signos vitales se procede a realizar reanimación oportuna a base de masaje cardíaco y ventilación con presión positiva previa intubación endotraqueal [...]*”.

51. De dicha nota médica, se advirtió que hubo desconocimiento de la ausencia de signos vitales, es decir, el personal de Ginecología y Obstetricia que atendió a V1 no se percató de dicha ausencia antes del parto. En el partograma del 15 de febrero de 2016, se registró FCF (frecuencia cardíaca fetal) cada hora, sin

embargo estas deben ser vigiladas cada media hora de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* y la *Guía de Práctica Clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Asimismo, no se indicó un estudio biofísico del producto, no se llevó a cabo registro cardiotocográfico, y no existe el registro de la valoración del binomio materno-fetal. En el Certificado de Defunción se establecieron como causas de muerte: *“hipoxia intrauterina, Síndrome del Rn de madre diabética gestacional, diabetes gestacional”*.

52. Por las razones expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones conectados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal, lo que generó la pérdida del producto de la gestación.

53. Este Organismo Nacional ha referido reiteradamente en sus Recomendaciones, la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en NOM 007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio*, (actualmente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*) mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

54. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital General, involucrado en el caso de V1, tenía el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivada del

artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”,* así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”;* lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”.*

55. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto y la protección de la expectativa de vida humana. Lo anterior, en el entendido de que la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer.

56. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal, el personal médico debió observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio,* mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez¹⁴, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

¹⁴ Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016, 38/2016, 40/2016, 47/2016, 50/2016,

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

58. Por tanto, AR1 es responsable por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, contenido en los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y por contravenir lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”*, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento.

54/2016, 57/2016, 58/2016, 61/2016, 5/2017, 6/2017 y 7/2017. emitidas por esta Comisión Nacional.

2. Derecho a la información en materia de salud.

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

59. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “*comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”¹⁵.

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

61. Para la garantía de este derecho existe una obligación positiva a cargo del Estado, a fin de eliminar todas aquellas prácticas que impidan al paciente el acceso al contenido de su expediente clínico, e implementar las acciones tendentes a garantizar la libertad para recibir y conocer su información médica y con motivo de ello, propiciar que se esté en posibilidad de ejercer adecuadamente otros derechos como son el derecho a la protección de la salud, así como a decidir y consentir de manera informada su tratamiento médico¹⁶.

¹⁵ Observación General 14, ibídem, párr. 12, inciso b, fracción IV.

¹⁶ CNDH. Recomendación 33/2016, párr. 104

62. Esta Comisión Nacional considera que el derecho a la información en materia de salud comprende al menos tres aspectos fundamentales, a saber: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: *accesibilidad*: que se encuentre disponible para el paciente; *confiabilidad*: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; *verificabilidad*: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; *veracidad*: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y *oportunidad*: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona¹⁷.

63. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo, [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables[...]*”¹⁸.

¹⁷ *Ibíd*em, párr. 105.

¹⁸ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

64. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*¹⁹.

65. La debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.

66. En el presente caso, la Comisión Nacional constató que existieron omisiones en la integración del expediente clínico de V1, a saber: en la hoja de indicaciones así como de enfermería de fecha 12 de febrero de 2016, se advirtió que V1 fue ingresada al Hospital General desde ese día y no el 13 de febrero; por **tanto no se pudo determinar el estado clínico en el que ingresó el binomio materno-fetal**, la falta de nota de valoración incumple la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su apartado 7 con respecto a las notas médicas de urgencias se inobservaron los numerales 7.1, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 7.1.7 y 7.2.

67. Asimismo, se constató la existencia de siete notas médicas, en donde el nombre del médico que las suscribe es ilegible: **1)** Nota médica del 22 de enero de 2016, de la que se extrae que V1 fue diagnosticada con diabetes; **2)** Nota de evolución del 10 de febrero de 2016, de las 04:00 horas, de la que se advierte que a V1 le fue indicado un esquema de inductores de madurez pulmonar; **3)** Nota médica del 13 de febrero de 2016, en la cual se anotó sobre V1 lo siguiente: [...]

¹⁹ Corte IDH. Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

buena motilidad fetal, no pérdidas vaginales, ECO líquido normal... plan útero inhibidores vía oral...”; 4) la Nota médica del 14 de febrero de 2016, que refiere: “...actualmente con inicio tocolítico desfavorable... FCF 178 x’, 2 cm de dilatación, glucosa normal 80% borrado... Plan: continúa en vigilancia evolución espontánea de Trabajo de parto...”; 5) Nota médica de 14 de febrero de las 23:15 horas, en la que se asentó: “...se refiere con dolor tipo obstétrico... abdomen globoso con PUVI cefálico con FCF 136 con 2-3 contracciones en 10 minutos, tacto vaginal 5 cm de dilatación con 80% de borramiento, amnios integro... actualmente en trabajo de parto, Plan: Pba de trabajo de parto, vigilancia obstétrica, libre evolución, antibiótico...”; 6) Nota de ingreso a Toco del 15 de febrero de 2016, de las 14:00 horas, en la que se anotó: [...] tacto vaginal cérvix con buena evolución de trabajo de parto, presenta evolución completa de trabajo de parto, por lo que se decide pasar a expulsivo, se pasa paciente expulsivo, obteniendo producto único, se aspiran secreciones y se pasa a pediatra, no se ausculta FCF por lo que por el servicio de pediatría de administran maniobras de resucitación, sin respuesta a maniobras...”, y 7) Nota de evolución del 16 de febrero de 2016, de las 08:00 horas, de la cual se extrajo lo siguiente: “...paciente de 32 años con parto único espontáneo... abdomen blando, útero involucionado loquios normales Rots normales, adecuada evolución en el posparto se decide su egreso con datos de alarma y cita abierta...”. Dichas omisiones, contravienen el numeral 5.10 de Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

68. En el mismo sentido, este Organismo Constitucional resalta que habida cuenta de la dificultad de identificar una posible responsabilidad de personal médico además de la incurrida por AR1, derivada de la inadecuada atención, toda vez que numerosas notas medicas se encuentran ilegibles en el nombre de quien las suscribió, es fundamental que la autoridad investigue y determinen las responsabilidades de los médicos que participaron en la atención de V1, y que

incurrieron en las acciones y omisiones precisadas que provocaron la pérdida del producto de la gestación, así como la contravención de la NOM-004-SSA3-2012.

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

3. Responsabilidad.

70. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, el personal médico del Hospital General, incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud, y acceso a la información en materia de salud de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 8, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

4. Reparación integral del daño.

71. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los

afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, 4º y 27, fracciones II, III, IV y V de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a V1, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente recomendación.

72. Asimismo, de conformidad con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas en el presente caso, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1. Al respecto, este Organismo Nacional destaca el vínculo familiar existente en su calidad de cónyuge de V1 y padre del producto de la gestación, propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

73. Se deberá proporcionar a V1 y V2, la atención psicológica que requieran por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

74. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información

previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

75. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y quien pudiera resultar responsable, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

76. Al tratarse de la responsabilidad de una servidora pública de carácter federal, participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República.

c) Garantías de no repetición.

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

énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

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

d) Medidas de compensación (Indemnización).

79. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a la información en materia de salud, que tuvieron como consecuencia la pérdida del producto de la gestación de V1, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2.

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

81. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera

familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1 y V2, conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o compensación, atención médica y psicológica con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan en el Hospital General los siguientes cursos: **1)** Capacitación en materia del derecho a protección de la salud materna, **2)** Actualización para el personal médico en la detección y tratamiento de la diabetes en el embarazo, **3)** La debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* y **4)** La debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012 *del expediente clínico*, y se remitan las constancias de su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá implementar en el Hospital General, un programa basado en estándares nacionales e internacionales que incluya medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo de la diabetes durante el embarazo, y de difusión de la información sanitaria necesaria, para brindar tratamiento oportuno y

detectar factores de riesgo a las pacientes durante el embarazo, y se remitan las constancias de su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se remitan las constancias que constaten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1 y quien resulte responsable, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SEXTA. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEPTIMA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V1 y V2, en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

OCTAVA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en el Hospital General, adopten medidas

efectivas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, las normas oficiales mexicanas correspondientes y en la Recomendación General 29 “*sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*” emitida por esta Comisión Nacional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

83. 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.

84. 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.

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ