



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 46 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1, Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Ciudad de México, a 29 de septiembre de 2017

**LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/3781/Q**, relacionado con el caso de V1.
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 28 de abril de 2016 se recibió en este Organismo Nacional, por razón de competencia, la queja presentada por V1 ante la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro (Defensoría), en la que denunció que el 25 de octubre de 2015, acudió al Hospital General de Querétaro del ISSSTE (Hospital General) por cursar un embarazo de 39.4 semanas de gestación, ocasión en la que fue revisada por un médico quien le practicó un tacto y un ultrasonido, determinándose que tenía 4 centímetros de dilatación, por lo que se le indujo el parto con oxitocina.

4. V1 manifestó que también tenía pérdida de líquido amniótico, sin embargo permaneció sin vigilancia médica con un “cinturón” que detectaba los latidos del corazón de su bebé durante 6 horas, siendo el caso que tenía 6 centímetros de dilatación y en la siguiente atención, el médico que la valoró, únicamente revisó su expediente clínico y refirió “*esta no sale, hasta mañana*”.

5. Agregó que después de 2 horas se dejó de escuchar el latido de su bebé, por lo que solicitó apoyo del personal médico y aproximadamente a las 21:30 horas un médico le confirmó que los latidos del producto de la gestación disminuían, y aproximadamente a las 22:00 horas fue trasladada por una ambulancia al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (Hospital de Especialidades) acompañada por V2 y un médico, donde fue internada y se le notificó de la pérdida del producto de la gestación.

6. V1 Indicó que se le informó que la expulsión del producto se realizaría por parto normal a pesar de haber solicitado que se le practicara una cesárea, siendo el caso que a las 2:00 horas del 26 de octubre del 2015 se extrajo al producto de la gestación, estableciéndose como causa de muerte *“interrupción de la circulación materno-fetal”*; al respecto, V1 consideró que *“de haber recibido en tiempo la atención y de manera adecuada [su] bebé estaría con vida”*.

7. Con motivo de la remisión de la queja integrada en la Defensoría, esta Comisión Nacional, se inició el expediente **CNDH/4/2016/3781/Q** solicitando información y copia del expediente clínico de V1 al ISSSTE, así como a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro; 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.

8. Constancia de atención de 5 de abril de 2016, en la que se hizo constar la declaración de V1 ante la Defensoría, sobre los hechos materia de la queja.

9. Oficio 5014/CJ/430/2016 de 17 de agosto de 2016, mediante el cual los servicios de Salud de Querétaro remitieron, entre otros, lo siguiente:

9.1 Resumen médico de la atención otorgada a V1 en el Hospital de Especialidades.

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

10.1 Nota de ingreso al Servicio de Tococirugía de 25 de octubre de 2015 firmada por SP1 y MR1.

- 10.2** Partograma de 26 de octubre de 2015 a las 00:00 horas, signado por SP2 y MR1.
- 10.3** Nota Postparto de 26 de octubre de 2015 a las 4:30 horas, suscrita por SP2.
- 10.4** Certificado de muerte fetal con folio 150111143, de 26 de octubre de 2015.
- 10.5** Nota de Alta de 26 de octubre de 2015, a las 8:00 horas suscrita por SP3 y MR2.
- 10.6** Registro de enfermería pre-trans y post operatorio de 26 de octubre de 2015 a las 8:30 horas, suscrita por personal de enfermería.
- 10.7** Nota de Tanatología de 26 de octubre de 2015 sin hora, suscrita por SP5.
- 10.8** Nota de Puerperio de corta estancia, de 26 de octubre de 2015 a las 13:00 horas, suscrita por SP6 y MR3.
- 10.9** Nota de ingreso a Tología de fecha 26 de octubre de 2015 a las 15:06 suscrita por SP7.
- 10.10** Hoja de indicaciones médicas de 27 de octubre de 2015, suscrita por SP3 y MR2.
- 10.11** Hoja de solicitud, registro y autorización de intervención quirúrgica.

11. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/ 0908-4/16 de 24 de agosto de 2016, en el que el ISSSTE remitió entre otras constancias lo siguiente:

11.1 Informes de 15 y 27 de julio de 2016 rendidos por AR1, AR2 y AR3, sobre la atención otorgada a V1.

12. Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General, del que destacan las siguientes documentales:

12.1 Hoja de Urgencias de 25 de octubre de 2015 a las 15:14 horas, suscrita por AR1.

12.2 Hoja de trabajo de parto (partograma), de 25 de octubre de 2015 a las 15:14 horas, suscrita por SP8.

12.3 Hoja de enfermería de 25 de octubre de 2015 suscrita por personal de enfermería.

12.4 Resultados de laboratorio de 25 de octubre de 2015, practicados a V1.

12.5 Nota de evolución de 25 de octubre de 2015 a las 20:00 horas suscrita por AR2.

12.6 Nota de evolución de 25 de octubre de 2015 a las 22:30 horas, suscrita por AR2.

13. Acta Circunstanciada de 22 de noviembre de 2016, en la que se hizo constar la llamada sostenida con V1, quien en lo esencial destacó que presentó denuncia ante la Fiscalía General del Estado de Querétaro (Fiscalía).

14. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 8 de febrero de 2017, por un médico de este Organismo Nacional.

15. Acta Circunstanciada de 10 de febrero de 2017, en la que se hizo constar la llamada sostenida con V1, quien en lo esencial destacó que presentó queja ante el Órgano Interno de Control (OIC) en el ISSSTE.

16. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/01070-4/17 de 25 de abril de 2017, mediante el cual el ISSSTE informó que el Comité de Quejas médicas de esa instancia determinó el caso de V1 como procedente, aprobando el pago de indemnización.

17. Acta Circunstanciada de 20 de junio de 2017, en la que se hizo constar que personal de la Fiscalía informó que el 27 de marzo de 2017, la Carpeta de Investigación 1 fue remitida a la Procuraduría General de la República (PGR).

18. Acta Circunstanciada de 27 de septiembre de 2017, en la que se hizo constar que personal del OIC en el ISSSTE informó que con motivo de los hechos inició un Expediente Administrativo; asimismo, la PGR informó que la Carpeta de Investigación 2 continúa en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

19. El 5 de abril de 2016, la Defensoría inició el expediente de queja, el cual, por razón de competencia fue remitido a este Organismo Nacional el 28 de abril de 2016.

20. El 28 de julio de 2016, la Fiscalía General del Estado de Querétaro dio inicio a la Carpeta de Investigación 1, derivada de los hechos relacionados con el caso de V1, declinando la competencia a la Procuraduría General de la República el 27 de marzo de 2017, en donde se radicó la Carpeta de Investigación 2, la cual continúa en integración.

21. Asimismo, el caso de V1 fue analizado por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, el cual en su séptima sesión extraordinaria 2017 celebrada el 24 de abril

de 2017, determinó procedente por deficiencia médica, aprobándose el pago por concepto de indemnización, sin embargo, al día de la emisión de la presente Recomendación no se cuenta con evidencia del otorgamiento del pago correspondiente en favor de V1.

22. El 27 de septiembre de 2017, el Área de Quejas del OIC en el ISSSTE informó a este Organismo Nacional que derivado de la queja interpuesta por V1, inició un Expediente Administrativo por motivo de los hechos, el cual se encuentra en etapa de investigación.

IV. OBSERVACIONES.

23. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/5560/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 la 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 de V1; 1.1. Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General y pérdida del producto de la gestación y 2. Derecho a una vida libre de violencia de V1.

1. Derecho a protección de la salud de V1.

24. El artículo 4^o, párrafo cuarto, 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.

25. 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.*

26. Asimismo, 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”³.*

1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General.

27. En el presente caso V1, de 26 años de edad, cursaba su primer embarazo y el 25 de octubre de 2015 a las 15:14 horas acudió al Hospital General, donde fue atendida por AR1 quien diagnosticó un embarazo de 39.4 semanas de gestación, actividad uterina regular, expulsión de tapón mucoso y salida de líquido claro desde

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. Abril de 2009. Registro No. 167530. Ver CNDH. Recomendación 24/2017, párr. 25.

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, página 7 y Recomendación 38/2016, párr. 21.

³ Además se puntualizó 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”.*

las 7:00 horas, con movimientos fetales presentes, encontrándose V1 en fase latente de trabajo de parto, por lo que fue ingresada para su atención.

28. AR1 determinó iniciar la conducción del trabajo de parto de V1, por lo que a las 16:00 horas de la misma fecha se inició la aplicación de 5 unidades de oxitocina; al respecto, en la opinión del médico de este Organismo Nacional, se consideró que el uso inapropiado de la conducción del trabajo de parto puede ser nociva y provocar efectos adversos como asfixia fetal, tal y como se analizará en el presente caso, o ruptura uterina, por lo que sólo debe realizarse cuando los beneficios esperados superen los perjuicios, después de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica, y además, en instalaciones que cuenten con la capacidad de manejar sus posibles resultados.

29. La Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, recomienda que antes de iniciar la aplicación de oxitocina debe valorarse el bienestar fetal y realizar monitoreo cardiotocográfico; sin embargo, en el presente caso, AR1 no especificó en la nota elaborada al efecto, la indicación médica que demostrara que los beneficios esperados del procedimiento superarían los perjuicios del mismo.

30. Tampoco descartó la presencia de desproporción cefalopélvica de manera clínica mediante la medición de la pelvis materna, o bien, mediante estudios de imagenología como la ultrasonografía, aunado a que no previó que en ese momento el Hospital General no contaba con la capacidad para manejar posibles complicaciones derivadas de la conducción como hiperestimulación uterina, asfixia fetal y ruptura uterina, al no contar con médico anestesiólogo en ese momento, como se desprende de la nota elaborada al efecto, lo que aumentó el riesgo de intervenciones en el trabajo de parto.

31. El 25 de octubre de 2015 a las 20:00 horas, V1 fue valorada por AR2, quien determinó que aún se encontraba en fase latente de trabajo de parto e indicó continuar con la conducción del mismo; no obstante, de manera inadecuada no justificó tal indicación ya que como se destacó en la opinión del médico de este Organismo Nacional, V1 estaba en el lapso de 18 horas establecido para la fase latente de 18 horas, al encontrarse en la hora 13; además tampoco descartó la presencia de desproporción cefalopélvica e igualmente no previó que el Hospital General no contaba con las condiciones para manejar las posibles complicaciones del procedimiento.

32. La Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel prevé que ante la administración de oxitocina la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas deben ser estrechamente monitorizadas; al respecto en la opinión médica de este Organismo Nacional reiteró tal razonamiento; no obstante, de acuerdo con el partograma, desde las 16:00 horas que inició la conducción, hasta las 20:00 horas, no hay registro de su vigilancia, lo que demuestra que V1 no fue debidamente monitorizada durante aproximadamente 4 horas, siendo ello una tarea atribuible a AR1, encargado de la vigilancia del trabajo de parto.

33. A las 21:30 horas de la misma fecha V1 fue valorada por AR2, quien al detectar que el producto de la gestación presentaba bradicardia (70 a 90 latidos por minuto) determinó la práctica de una cesárea urgente, sin embargo el nosocomio no contaba con anestesiólogo por lo que se solicitó el traslado al Hospital de Especialidades; lo anterior, conforme al criterio del médico de esta institución, propició que al no llevarse a cabo la cesárea de manera inmediata evolucionara el sufrimiento fetal agudo paulatinamente produciendo un deterioro en la sobrevida y estado clínico del producto de la gestación.

34. Lo anterior, se refuerza al constatar el contenido del informe rendido por SP4 quien refirió lo siguiente: *“a la paciente no se le realizó la cesárea que se requería*

porque en ese momento no se contaba con anestesiólogo en este hospital”; tal situación, debido a que el turno nocturno se encontraba descubierto en esa fecha por inasistencia del personal, lo que coadyuvó en el retraso de la atención médica del producto de la gestación, al tratarse de una urgencia obstétrica, para la cual era necesario realizar una cesárea con la participación de un médico especialista en anestesiología.

35. AR2 suspendió la conducción del trabajo de parto el 25 de octubre de 2015 a las 22:15 horas y a las 22:55, V1 fue trasladada al Hospital de Especialidades donde fue atendida por SP1 y MR, quienes determinaron que V1 se encontraba en trabajo de parto en fase activa, indicando una ultrasonografía fetal, de la cual se desprendió, que V1 cursaba un embarazo de 39.5 semanas, con óbito fetal, es decir, se había perdido el producto de la gestación.

36. En ese sentido, el médico de la Comisión Nacional refirió que la inadecuada valoración del riesgo beneficio de la conducción del parto, así como la incorrecta vigilancia del binomio materno-fetal propiciaron que se expusiera al producto de la gestación a diversas complicaciones, tales como asfixia fetal que se tradujo en sufrimiento fetal, el cual en conjunto con la dilación en la práctica de una cesárea urgente, produjeron la pérdida del mismo.

37. SP1 y MR continuaron con la conducción del trabajo de parto al encontrarse este en fase activa, obteniéndose al producto de la gestación, con presencia de líquido amniótico y circular de cordón apretado a cuello y mano, determinándose como causa de muerte: interrupción de la circulación materno-fetal. Del análisis realizado por el médico de este Organismo Nacional sobre la determinación de continuar el parto por vía vaginal, se determinó que tal acción fue apropiada al encontrarse V1 en fase activa de trabajo de parto y para mejorar su pronóstico reproductivo

38. No obstante, el médico de esta Comisión Nacional destacó que si AR1 y AR2, hubieran practicado el estudio ultrasonográfico a V1 de manera oportuna, hubiera sido posible valorar el bienestar fetal antes de iniciar la conducción del trabajo de parto y podría haberse detectado la localización del cordón umbilical con la presencia de la circular de cordón a cuello, lo que derivó en los eventos antes descritos, culminando con la pérdida del producto de la gestación.

39. El 26 de octubre de 2015, a las 8:00, V1 fue dada de alta por mejoría clínica; cabe destacar, que en esa fecha fue valorada por un psicólogo adscrito al Hospital de Especialidades, quien realizó una nota de tanatología en la que se describió lo siguiente: *“...se tiene paciente en crisis por la pérdida de su hija (óbito de 39 SDG) se encuentra sumamente afectada mostrando una afectación emocional deprimida, se le brinda apoyo tanatología así como acompañamiento tanatológico a su esposo, además se trabaja en disminuir la angustia a la paciente”*. De lo anterior, es posible destacar la afectación emocional que padeció V1 con motivo de la pérdida del producto de la gestación.

40. Por todo lo expuesto, este Organismo Nacional considera que AR1 y AR2, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 4º, párrafo cuarto constitucionales; 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; 27 y 29 de la Ley del ISSSTE, 8º, fracciones I, II y III, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

41. Igualmente, omitieron atender lo previsto en los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 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”).

2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica, en agravio de V1.

42. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”*; *“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”*, y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*⁴.

43. La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por algunos prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las **mujeres** durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del **producto de la gestación** o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros⁵.

44. En el presente caso, el personal médico del Hospital General, estableció la indicación de la conducción del trabajo de parto sin especificar que los beneficios esperados del procedimiento superaran los perjuicios del mismo, ni se descartó la presencia de desproporción cefalopélvica, por lo que en consideración de este Organismo Nacional la inducción del trabajo de parto se realizó de manera injustificada y rutinaria, exponiendo tanto a V1 como al producto de la gestación, a complicaciones relacionadas con hiper estimulación uterina, asfixia fetal (sufrimiento fetal) y ruptura uterina, constituyendo una acto de violencia obstétrica,

⁴ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 116.

⁵ CNDH. Recomendación 6/2017. 28 de febrero de 2017, párr. 53.

ya que como se ha descrito, el producto de la gestación presentó signos de sufrimiento fetal, que en conjunto con las irregularidades descritas condicionaron la pérdida del producto de la gestación.

45. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 31/2017 advirtió que: *“En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”*; igualmente se sostuvo que: *“Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”*⁶.

46. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico, sin dejar de tomar en cuenta la responsabilidad institucional por las carencias de personal y equipo al que en diversas ocasiones se enfrentan. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

⁶ Párrafos 8 y 91.

47. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 y AR2 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”).

48. Este Organismo Nacional enfatiza la importancia de que todos los agentes del Estado Mexicano ajusten su actuación a los objetivos y metas planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que en el caso que nos ocupa, de manera particular los numerales 3 y 5 respectivamente, establecen la necesidad de *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* y *“lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas”*, por lo que la autoridad involucrada deberá atender a estos planteamientos, al establecer las medidas de reparación en favor de las víctimas, en el caso particular, y de manera general, en las políticas públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud.

3. Responsabilidad.

49. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en irregularidades en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en las observaciones, mismas que configuraron violaciones al derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia en agravio de V1, que trascendieron a la pérdida del producto de la gestación; 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 previstos en los artículos 7 y 8, fracciones I y XXI de la Ley Federal de

Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente en la fecha en que sucedieron los hechos.

50. Cabe destacar también, que la falta de personal capacitado, (anestesiólogo), implica una responsabilidad institucional relacionada con la falta de planeación y organización en el Hospital que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, por lo que, teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, este Organismo Nacional considera, que con motivo de la falta de personal capacitado en el nosocomio, no fue posible brindar una atención integral y adecuada a V1.

4. Reparación integral del daño.

51. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1º, 2º, fracción I, 7º, fracciones II, VI, VII y VIII, 8º, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción IV, 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 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 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, al acreditarse violaciones al derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia de en agravio de V1, atribuibles a servidores públicos, 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 investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

52. De conformidad al artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, con motivo del vínculo familiar existente en su calidad de esposo de V1, el cual propicia que sea susceptible de sufrir 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.

53. La atención psicológica que se preste a V1 y V2, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

54. 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.

b) Medidas de satisfacción.

55. 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 administrativa en contra de AR1 y AR2 que se presente por las violaciones a los derechos humanos descritas.

56. Asimismo, se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1 y AR2 a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1.

c) Garantías de no repetición.

57. 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, 2 cursos de capacitación en materia de **1)** derecho a la protección de la salud con especial énfasis en atención del embarazo, parto y puerperio y **2)** derecho a una vida libre de violencia, ambos por especialistas y con perspectiva de género.

58. Se tomen las medidas para que se asignen al Hospital General, los recursos humanos y técnicos necesarios, para que no se repitan casos como el presente.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

59. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a una vida libre de violencia en agravio de V1, la autoridad responsable deberá indemnizarla, así como a V2 conforme a la Ley General de Víctimas.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1 y V2 conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el 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 otorgue atención psicológica con oportunidad, calidad y calidez, a V1 y V2, siempre que así lo acepten, en centros de atención médica pertenecientes a ese Instituto, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñe e imparta en el Hospital General los siguientes cursos: **1)** derecho a la protección de la salud con especial énfasis en atención del embarazo, parto y puerperio y **2)** derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Éstos deberán ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se tomen las medidas para que se asignen al Hospital General, los recursos humanos y técnicos necesarios, para que no se repitan casos como el presente, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite 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 a AR1 y AR2 ante la instancia que corresponda, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SEXTA. Gire instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1 y AR2

a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1 debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. 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” de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva.

OCTAVA. Designe al o la servidor(a) público(a) que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

59. 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.

60. 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.

61. 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.

62. 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, que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ