



CDHEH
DERECHOS
HUMANOS
HIDALGO

RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	R-VG-0005-22
EXPEDIENTE:	CDHEH-VG-3229-19
QUEJOSA:	Q1
AGRAVIADOS:	A1 y A2
AUTORIDADES INVOLUCRADAS:	AR1, MÉDICO RESIDENTE, AR2, MÉDICA ADSCRITA, AR3, ENFERMERA; AR4, JEFA DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA; PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.
HECHOS VIOLATORIOS:	5.3 DERECHO A LA DEBIDA DILIGENCIA 6.9 DERECHO A NO SER SUJETO DE VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA 9.1- DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL 9.2.- DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA. 9.18 DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS DEL NIÑO (EN EL ÁMBITO DE LA SALUD)

Pachuca de Soto, Hidalgo, nueve de noviembre de dos mil veintidós

**SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
P R E S E N T E**

VISTOS

Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja iniciada por Q1 por hechos cometidos en su agravio y de su hijo A2, en contra de AR1, quien fungía como médico residente, AR2, doctora adscrita, AR3, enfermera y AR4, Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, personas servidoras públicas adscritas al Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo; en uso de las facultades que me otorga el artículo

102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 33, fracción XI, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; así como 126 y 127 de su Reglamento; y tomando en consideración que se encuentra relacionado un niño, a fin de proteger su privacidad como lo disponen las Directrices sobre la Justicia para Niños, Víctimas y Testigos de los Delitos, en los numerales 6, 27 y 28 emitido por la Oficina de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, el niño en referencia en la presente resolución, se identificará con las siglas A2, resulta procedente emitir la presente recomendación pues se han examinado los elementos del expediente CDHEH-VG-3229-19, relacionado con el caso de A1 y A2.

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

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Central de Equipos y Esterilización	CEYE
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo	CAMEH
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	CDHEH/Organismo/Comisión/Institución
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer	CEDAW
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH
Expediente Clínico	EC
Hospital General	HG
Niñas, niños y adolescentes	NNA
Servicio de Ginecología y Obstetricia	SGyO
Servicio de Urgencias Ginecológicas	SUG
Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo	SSH
Unidad de Terapia Intensiva Neonatal	UTIN

Asimismo, a la presente Recomendación se anexa el siguiente Glosario:

Violencia obstétrica: Descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación, entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos de las mujeres, por una deshumanizada atención médica a las mujeres, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación

física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida de la mujer, en ambos casos, se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión; puede ocurrir durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio¹.

Expediente clínico: El conjunto único de información y Datos Personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en 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 aplicables².

Triaje Obstétrico: proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta³.

Parto fortuito: Nacimiento por vía vaginal que sucede espontáneamente, de manera imprevista y sin que existan condiciones óptimas para la madre y su hijo⁴.

Niñas, Niños y Adolescentes: De conformidad con la primera parte del artículo 5 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, son niñas y niños los menores de 12 años, y adolescentes las personas de entre 12 años cumplidos y menos de 18 años de edad⁵.

Puerperio: periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días⁶.

¹ Recomendación General 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema de Salud. Número 83 https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf

² Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

³ Triaje Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata. Página 17 https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

⁴ Dictamen Médico Institucional de la Comisión de Arbitraje Médico, emitido el 11 de mayo de 2022, página 47.

⁵ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 5. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/725568/LGDNNA_nva_reforma_230322.pdf

⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Número 3.40 Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Médico Residente: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo⁷.

Residencia médica: conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes⁸.

Institución de Salud: toda organización con personalidad jurídica de derecho público o privado, con capacidad para ofertar servicios de salud y responder de su orden, estructura y prestaciones en uno o más establecimientos para la atención médica⁹.

Traumatismo cráneo encefálico (TCE): Lesión traumática que afecta al cuero cabelludo, la bóveda craneal o su contenido¹⁰.

Hemorragia subaracnoidea: Se produce por la rotura de los vasos corticales hacia el espacio subaracnoideo en TCE graves. En la TAC craneal se objetiva una banda hiperdensa correspondiente al espacio subaracnoideo, rodeando al área contusionada¹¹.

HECHOS

1.- El nueve de octubre de dos mil diecinueve Q1 presentó queja vía telefónica, en la cual manifestó que el treinta de septiembre del mismo año, acudió al HG debido a que estaba embarazada y se sentía muy mal, siendo ingresada a un vestidor del Área de Urgencias del SGyO, donde el personal médico y de enfermería omitió otorgarle la atención hospitalaria inmediata, situación que provocó que al momento de nacer su bebé “cayera” al suelo y se golpeará la cabeza en el piso.

⁷ NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Num 4.4. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

⁸ NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Num 4.9. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

⁹ NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Num 4.2. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

¹⁰ El Médico en Situación Urgente. Traumatismo craneoencefálico en la infancia. Medicina Integral. Vol. 37. Núm 8, abril 2001.

¹¹ Walter Ismael González Membreño. Hallazgos por ultrasonido transfontanelar y factores asociados. 2018

Añadió, que ella egresó del HG el primero de octubre de dos mil diecinueve, pero su bebé se quedó en observación en el área de UTIN, a fin de que le realizaran diversos estudios, ya que el golpe que sufrió en la cabeza le había provocado una hemorragia en el cerebro y derrames en los ojos. Asimismo, indicó que el nueve de octubre de la misma anualidad, personal médico del referido nosocomio, le informó que su hijo sería dado de alta, pero que debía firmar un documento en el que se asentaría que ella lo entregó con un golpe en la cabeza, situación con la que no estuvo de acuerdo, ya que los hechos eran falsos (hojas 3 a 4).

2. El diecisiete de octubre de dos mil diecinueve, compareció ante este Organismo Q1, quien ratificó la queja interpuesta vía telefónica y precisó que el nueve de octubre del mismo año su hijo egresó del HG, y que por temor a que se contagiara de alguna enfermedad, accedió a firmar el documento antes referido.

Además, precisó que el día de los hechos, se encontraba en un vestidor del Área de Urgencias del SGyO del HG, acompañada de dos enfermeras y de AR1, señalando que mientras intentaba quitarse su ropa y ponerse la bata se sentía muy mal, motivo por el cual, le indicó al personal de enfermería **“ayúdenme por favor, ya va a nacer mi bebé”**, pero aquellas insistían en solicitarle datos personales.

De igual forma, señaló que AR1 le decía **“respire señora porque no me está ayudando en nada, deme su nombre por favor”**, pero debido a las contracciones que presentaba se le dificultaba responder de inmediato, por lo que, el citado profesional le jalaba la ropa y le insistía **“deme su nombre por favor”**, pero ella sólo contestaba **“por favor ayudenme que mi bebé creo que ya va a nacer”**, se sentía mareada y estaba sudando, apenas podía contestar, AR1 se acercó y le oprimió la cabeza en la parte de “la sien”, diciéndole **“contrólese señora”** y mientras pasaba la contracción les volvía a pedir ayuda.

La quejosa detalló que, de pronto **“salió su bebé”**, y nadie hizo nada para sostenerlo, ella no pudo porque sentía los dedos rígidos, y en la siguiente contracción “expulsó al bebé” por completo, cayendo al piso y golpeándose la cabeza, transcurriendo aproximadamente un minuto AR1 lo levantó, entonces ella pidió que se lo dieran, de ahí la pasaron al quirófano junto con su hijo, en donde le cortaron el cordón, seguidamente se lo llevaron y ya no supo qué hicieron con él.

Finalmente, indicó que personal médico del HG le informó que debido al accidente,

había sufrido un traumatismo, siendo ingresado al área de UTIN para que le realizaran una tomografía; sin embargo, al día siguiente le comunicaron que únicamente le habían realizado una placa de rayos X por un moretón que traía en el brazo y un ultrasonido en el cráneo, ya que tenía la “fontanela hinbrincada” (sic), siendo hasta el cuatro de octubre de dos mil diecinueve, ante su insistencia, que le hicieron la tomografía y **le indicaron que su bebé tenía una hemorragia en el cerebro**, sin precisar sus dimensiones, motivo por el cual estuvo en observación hasta el nueve de octubre de la misma anualidad (hojas 10 a 11).

3.- Mediante oficio *****, notificado el veintitrés de octubre de dos mil diecinueve, se solicitó al doctor *** quien fungía como director del HG, que las personas que participaron en la atención de la quejosa, rindieran a este Organismo el informe respectivo (hoja 16).

4.- El veintinueve de octubre de dos mil diecinueve, el doctor *** quien fungía como director del HG, remitió informe rendido por AR4, Jefa del SGyO, quien precisó que de acuerdo con los datos extraídos del EC, informaba lo siguiente:

“A1 ingresó al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia el 30 de septiembre de 2019 a las 10:00 horas, con hora de atención 10:14 horas, con diagnóstico de multigesta, gesta 4 para 4, embarazo de 39.3 SDG, por ultrasonido de esa fecha, parto fortuito, paridad satisfecha.

Padecimiento actual: *La paciente acudió a valoración de urgencias, la cual refirió inicio de dolor obstétrico desde las seis de la mañana, acudió primero a toma de ultrasonido en médico particular y de donde la envían de forma inmediata (sin nota de referencia, solo reporte de ultrasonido). Exploración física. Frecuencia cardíaca 98, frecuencia respiratoria 20, pulso 98, temperatura 36, tensión diastólica 70, tensión sistólica 110. (...), con feto en canal vaginal, el cual expulsa de manera espontánea al momento de ingresar, extremidades sin edema, normorreflécticas. Plan. Paciente la cual se encuentra con embarazo de término clínicamente con expulsión de manera fortuita en la sala de exploración, la cual se pasa de inmediato a tococirugía para su atención. Pronóstico reservado a evolución.*

10:20 horas adendum, se hace la aclaración que la paciente fue atendida de manera inmediata, ya que fue traída al servicio de urgencias ginecológicas por el personal de vigilancia en silla de ruedas, comentándoles que la paciente presentaba dolor de parto, dolor de cabeza e hinchazón generalizada, se le indica a la paciente que pase de manera inmediata al vestidor para que se retire su ropa y se coloque una bata de exploración e interrogándole la edad gestacional y motivo de consulta, a lo que no responde al interrogatorio y haciendo caso omiso a las indicaciones, por lo que, el personal de enfermería le apoya para pasar al vestidor y se le ofrece ayuda la cual no acepta, la paciente se queda sola en el vestidor y en uno o dos minutos se escucha un golpe y el llanto de un bebé, por lo que proceden a abrir la cortina del vestidor, percatándose que la paciente se encontraba en posición de cuchillas (sic) y un bebé en el suelo del vestidor, por lo que, se procede de inmediato a apoyar a la paciente y al bebé, y con la ayuda del personal

de camillería se levanta a la paciente y levantando al bebé, mismo que se envuelve en una sábana y se acomoda en camilla para pasar de manera inmediata al área de tococirugía para su atención médica del binomio, en el traslado se observa adecuada coloración de piel y tegumentos del neonato, reactivo con respiración adecuada. Ingreso a tococirugía y prequirúrgica 30-09-2019 10:50 horas.

(...) (hojas 20 a 24).

5.- El veinte de noviembre de dos mil diecinueve, se solicitó a AR4, Jefa del SGyO del HG, indicara los nombres del personal médico y de enfermería que otorgó atención a A1 en el SGyO (hoja 25).

6.- El veintiséis de noviembre de dos mil diecinueve, se recibieron oficios signados por la Subdirectora de Enfermería, M.P.V.E., y por la Jefa de SGyO, AR4, a través de los cuales se informó que el personal de enfermería que se encontraban en el SUG el treinta de septiembre del mismo año, fue AR3, y en cuanto al personal médico adscrito al SGyO, eran AR2, G.B.R., T.Y.L.F., J.J.G.J. y AR4 (hojas 27 a 28).

7.- El tres de diciembre de dos mil diecinueve, se solicitó a la doctora AR4, Jefa de SGyO del HG, que en relación con el listado del personal médico que intervino en la atención otorgada a A1, el treinta de septiembre del mismo año, indicara cuál fue la intervención de cada uno de ellos (hoja 32).

8.- El once de diciembre de dos mil diecinueve, se recibió en este Organismo el oficio número ***/***, signado por AR4, adscrita a la Jefatura del SGyO del HG, en el cual informó que, de acuerdo con el EC, se remitían los siguientes datos:

“AR2, atención en el área de urgencias de ginecología y obstetricia.

(...)

AR4, atención egreso de la unidad hospitalaria” (hoja 33).

9.- El nueve de enero de dos mil veinte, compareció ante este Organismo A1, a quien se le hizo de su conocimiento el contenido de los informes rendidos por el personal del SGyO del HG, manifestando al respecto que era falsa la información proporcionada, ya que no la ingresaron de forma inmediata al vestidor, que las enfermeras la interrogaban y ella respondía a sus preguntas de manera pausada debido a las contracciones que le daban, que posteriormente llegó AR1, quien volvía a realizarle las mismas preguntas, molestándose porque le respondía de forma pausada y le jalaba su blusa para que contestara.

Añadió, que AR1 le solicitó a las enfermeras que la acompañaran al vestidor, a lo que ellas sólo observaban y repetían las mismas preguntas que le había hecho el médico, quien les pedía guantes, mientras que **ella les refería una y otra vez que se sentía mal, que su bebé “ya iba a nacer” y que por favor la ayudaran**, reiterándoles la misma petición varias ocasiones.

De igual forma, indicó que AR1 y las dos enfermeras se encontraban con ella en el vestidor al momento en que nació su bebé, que ella los miraba a los ojos y le decía al médico **“por favor ayúdame, mi bebé ya va a nacer”** y él solo pedía guantes; aunado a que ninguna de las dos enfermeras que estaban ahí le **“hacía caso”** y por eso su bebé nació y se cayó, siendo que ella atendía las indicaciones que le daban como desvestirse, **pero el personal de enfermería jamás la apoyó pese a los dolores que tenía, refiriendo que era falso que no aceptara la ayuda de las enfermeras.**

Por otra parte, indicó que no era cierto que se hubiera quedado sola en el vestidor, ya que las dos enfermeras se encontraban con ella y a un paso AR1, que su insistencia para que la ayudaran fue mucha, la cual duró como diez minutos o un poco más y nunca le auxiliaron.

También señaló, que debido a la artritis que padecía los dedos de las manos se le “hacían” rígidos, lo cual le ocurrió cuando nació su bebé, que por ese mismo motivo **“abrió las piernas” para bajarse el pantalón, pues ya sentía a su bebé y por eso les decía que la ayudaran**”, siendo en un lapso como de quince a veinte segundos que **“salió su bebé”**, primero “salió” su cabeza y luego se atoró, después se expulsó por completo, **“fue cuando nadie la ayudó, veían todo pero no hacían nada y nadie quería levantar a su hijo”**, pues AR1 no quería ensuciarse su camisa y pedía solamente una pinza, siendo que llegó la camilla y ella se subió sola, AR1 levantó a su bebé y lo puso sobre ella, luego llegó su mamá y ella les pidió que taparan al niño, cuando pasaron al quirófano los separaron y siguió siendo atendida por los médicos residentes.

Por último, manifestó que **siempre fue atendida por residentes que no eran asesorados en ningún momento por ningún titular**, que en el tiempo que estuvo, los ginecólogos llegaban mucho tiempo después y sólo les platicaban lo sucedido, asimismo, refirió que fueron dos enfermeras las que estuvieron presentes (hojas 38 a 39).

10.- El quince de enero de dos mil veinte, compareció a rendir su informe AR3, quien en esencia manifestó estar adscrita al SGyO del HG, como enfermera y coordinadora,

precisó que el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, en dicha área se encontraban una pasante de enfermería en servicio social, el médico adscrito al SGyO, así como el médico residente, que a la hora en que sucedieron los hechos referidos por la quejosa, se encontraba en el servicio de tococirugía canalizando a otra paciente, al regresar a su área se encontró a un camillero en el pasillo con una paciente, quien llevaba en su pecho a un bebé llorando, por lo que, le preguntó de dónde era la paciente y le informó que era del servicio de urgencias gineco-obstétricas, que todo había ocurrido muy rápido y que el bebé había nacido en un vestidor.

Que inmediatamente regresó al servicio de tococirugía para que fuera atendida A1, toda vez que como coordinadora era una de sus funciones, detallando que a su regreso al servicio de urgencias de gineco-obstetricia, le preguntó a la pasante en servicio social cómo habían ocurrido los hechos y ésta le informó que ella había recibido a la agraviada, a quien le solicitó que se retirara la ropa para ser explorada, sin tener respuesta de la paciente, la cual había pasado al vestidor y estando ahí “**dio a luz**”, por lo cual pidieron apoyo inmediato del camillero para subir a la paciente y ser trasladada al servicio de tococirugía.

Mencionó además que debido a que ella no presencié los hechos y como coordinadora del servicio de urgencias de gineco-obstetricia realizó notas dentro del EC de A1, ya que la pasante de enfermería que la recibió se encontraba imposibilitada para realizar notas en el EC, siendo que como coordinadora era su obligación asentar todos los incidentes que se presentaban en el servicio de urgencias (hojas 42 a 48).

11.- El dieciséis de enero de dos mil veinte, mediante oficio *****, se solicitó a AR4, Jefa del SGyO, el nombre del médico residente, así como el de la pasante de enfermería que se encontraban en el servicio de urgencias de gineco-obstetricia del HG, el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, y que intervinieron en la atención de Q1 (hoja 49).

12.- El veintisiete de enero de dos mil veinte, se recibió oficio signado por el doctor ***, quien fungía como director del HG, medio por cual adjuntó los cursos signados por AR4 y por la M.C.E. M.P.V.E., en los que se informó que el médico residente de Ginecología y Obstetricia que intervino en la atención de Q1 fue **AR1** y la pasante de enfermería resultaba ser F.T.A. (hojas 50 a 52).

13.- El veinticuatro de febrero de dos mil veinte, compareció ante este Organismo F.T.A., pasante de enfermería en el HG, quien en torno a los hechos declaró que el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, se encontraba desempeñando sus funciones, cuando

una oficial entró con A1 al área de SGyO en silla de ruedas, siendo recibida por la enfermera AR3, quien le solicitó que pasara al vestidor a quitarse su ropa de la cintura hacia abajo; sin embargo, la señora no respondió (sic) y su superior le volvió a decir que pasara al vestidor, entonces la enfermera salió con otra paciente, dejándola a ella y a la estudiante de enfermería para que pasaran a la paciente al área de vestidor.

Agregó que cuando la quejosa entró al vestidor, se le insistió para que proporcionara su nombre y edad, ya que eran requisitos que se debía llenar en las hojas de enfermería, reiterándole que se retirara su ropa de la cintura hacia abajo y se colocara la bata para que el doctor la pudiera explorar, procediendo a cerrar la cortina del vestidor por privacidad de la paciente, pasaron unos minutos y le volvieron a decir que se retirara su indumentaria, sin que contestara, entonces decidió abrir un poco la cortina para ver que la agraviada estuviera bien, observando que se había quitado la ropa de la cintura para arriba y le repitió que se despojara el resto de la misma.

Que al no recibir respuesta nuevamente cerró la cortina, insistiéndole a la paciente para que proporcionara su datos como edad, cuántas semanas de gestación tenía, número de embarazos, pero Q1 en ningún momento le contestó, abrió la cortina nuevamente, la tomó de su mano para ver si le estaba prestando atención y ella la quitó bruscamente, por lo que, le preguntó si estaba bien y tampoco le hizo caso, le dijo: **“bueno señora, para poderla pasar y el doctor la pueda examinar en la camilla”**, pero ella no contestó, la volvió a agarrar para poderla pasar y le volvió a retirar la mano.

Asimismo, indicó que cerró la cortina y el doctor le comentó a la A1 que se quitara su ropa para que pudiera pasar, le seguía hablando desde afuera del vestidor, preguntándole si se encontraba bien y ella empezó a decir que quería **“hacer del baño”**, que sentía que se **“estaba haciendo popó”**, y en ese momento se escuchó el llanto de un bebé, abrieron la cortina y el doctor le empezó a decir que le pasara unas pinzas, y como no las encontró, se fue corriendo al área de CEYE para solicitarlas, ahí le tardaron como un minuto más o menos, le dieron el material y se regresó corriendo al área de SUG pero la paciente ya se encontraba sobre la camilla, junto con su bebé.

Mencionó que momentos después ingresó la mamá de A1, quien abrió una cortina del área y les empezó a gritar que cómo era posible que tenían en esas condiciones a A1 y A2, les empezó a decir que **“eran unos perros, unos malditos”**, y la paciente sin referirse a ellos, les empezó a decir que **“eran unos perros”**, que no la habían querido atender, en ese momento le pusieron una sábana encima a la paciente y la llevaron al área de tococirugía.

Por otra parte, en respuesta a cuestionamientos realizados por personal de este Organismo, manifestó que, quienes se encontraban en el momento en que ocurrieron los hechos fueron la estudiante de enfermería L.E.R.A. y el médico residente AR1, que la paciente no solicitó ayuda cuando pasó al vestidor, sino que solo dijo que **“quería hacer del baño”**.

De igual forma, a las preguntas formuladas por la profesionista que designó como su abogada, contestó que cuando se presentaba con sus supervisoras, la mandaban a distintas áreas para asistir a la enfermera en turno y recabar información de las pacientes, llenar unas libretas que tenían y tomar signos vitales en el área de urgencias, detallando que el día de los hechos únicamente había una enfermera en turno, una pasante y una estudiante, precisando que en la fecha del suceso, al insistirle a la paciente para que se quitara la ropa y el doctor pudiera revisarla, se mostraba indiferente, no contestaba, puntualizando que antes de pasar al SGyO, había otra área que se denomina **“triage”**, donde se valora la situación en que se encuentran las pacientes, se les cuestiona sobre cuántas semanas tienen de embarazo, cuánta dilatación tiene, y que A1 no pasó por esa área (hojas 60-63).

14.- El veinticuatro de febrero de dos mil veinte, compareció a rendir su informe ante este Organismo, AR1, quien manifestó ser médico residente de primer año del programa de Ginecología y Obstetricia del HG, negando haber cometido acto alguno que pudiera perjudicar a la paciente A1.

Indicó que, el treinta de septiembre de dos mil diecinueve se encontraba en el SUG, bajo la supervisión de su médica adscrita **AR2**, que siendo aproximadamente las diez de la mañana entró la paciente A1 en silla de ruedas, acompañada por personal de seguridad, quien requería ser valorada, ya que estaba embarazada y se sentía mal, con dolor de parto y cefálea, omitiendo decir la edad gestacional; por lo que, en ese momento, estando presente la pasante de enfermería F.T.A. y la estudiante de la misma disciplina L.E.R.A., **le solicitó que por favor le diera sus datos y el motivo de su consulta, petición que reiteró en múltiples ocasiones, pero la paciente era poco cooperadora y no respondía a ninguna de sus preguntas**; comentó también que se le brindó apoyo por parte del personal de enfermería para que pasara el vestidor, se quitara su ropa y se colocara su bata de exploración para poder revisarla, siendo acompañada a esa área por las enfermeras, pero ella rechazó la ayuda del personal, por lo que, se quedó sola en el vestidor.

Añadió, que al cabo de uno o dos minutos, se escuchó un golpe en el área del vestidor, por lo que, se levantó y procedió a abrir la cortina, encontrando a A1 en posición de “cuclillas”, sostenida de la pared, y a A2 tirado en el suelo, llorando, de buena coloración, con esfuerzo respiratorio adecuado; por lo que, acudió inmediatamente a la atención del recién nacido, levantándolo, pidiendo un equipo para atención de parto, realizando pinzamiento y corte de cordón umbilical, que también solicitó una camilla y ayuda para subir a Q1, pasándole a A2 para que lo llevara con ella en brazos y fuera ingresada de manera pronta al área de tococirugía.

Aseveró también que posteriormente avisó a la mamá de A1 el estado de salud y la situación acontecida, realizando un interrogatorio indirecto a la paciente, preguntando los datos de la historia clínica, puntualizando que fue registrada en el sistema de urgencias a las 10:10 horas, atendida y realizada la nota de atención a las 10:14 horas, siendo que la atención de A1 se dio en no más de cinco minutos.

Por otro lado, dijo que A1 y su mamá, siempre se mostraron poco cooperadoras y agresivas, y que en algún momento recibieron agresiones verbales de su parte, diciéndoles que se comportaban como “unos perros”, esto, al momento en que la paciente ya iba a ser llevada de urgencias al área de tococirugía.

Además, refirió que A1 ya tenía el antecedente de **tres partos previos, por lo que, era una paciente que ya conocía perfectamente la evolución natural de un embarazo** y que cuando se “llega a término” o después de las treinta y siete semanas de gestación, deben acudir inmediatamente al SUG de algún hospital para su valoración, refiriendo que lo anterior constaba en las notas del EC (hojas 66 a 68).

15.- El veinte de abril de dos mil veinte, el doctor ***, director del HG, presentó a este Organismo copias certificadas del EC de Q1, así como de A2 (hojas 71 a 150).

16- El veinticinco de mayo de dos mil veintiuno, se recibió en este Organismo el oficio número *****, suscrito por el doctor ***, Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, mediante el cual remitió el dictamen médico institucional, en el que se concluyó lo siguiente:

“IV. CONCLUSIONES.

Con el material de estudio proporcionado a esta CAMEH, se reúnen los elementos para pronunciarse en las conclusiones siguientes:

1. En la atención médica otorgada a A1 en HG, **no se encuentra apego a la lex**

artis ad hoc en el servicio de urgencias al no realizar valoración, de manera diligente, en la fase activa del trabajo de parto.

2. En el resultado de la atención médica otorgada a A1 en el HG, consistente en la valoración del trabajo de parto **se encuentra mala práctica al no evitar el parto fortuito**. Sin nexos causales

3. En la atención médica otorgada al recién nacido A2, en Hospital General Pachuca, se encuentra apego a la *lex artis* ad hoc y buena praxis (hojas 160 a 224).

17.- El veintidós de agosto de dos mil veintidós, personal de este Organismo se constituyó en el domicilio de A1, con la finalidad de indagar si, derivado de los hechos motivo de la queja, su hijo presentaba secuelas en su salud, manifestando que sí, ya que A2 *"no hablaba"* y cumpliría tres años de edad; sin embargo, no recibía atención médica por falta de recursos económicos, precisando que en el mes de junio de dos mil veinte lo llevó al Hospital del Niño, aunque ya no contaba con la receta, pero el pediatra le comentó que A2 presentaba retraso y necesitaba terapias, así que fue canalizado con el neurólogo y le dieron cita para el cuatro de agosto de dos mil veinte pero ya no acudió por falta de dinero para pasajes y consulta (hoja 225).

18.- Mediante oficio 02731, se solicitó a la directora del Hospital del Niño DIF en Pachuca de Soto, remitiera copias certificadas del expediente médico *** a nombre de A2 (hoja 229).

19.- El veinticinco de agosto de dos mil veintidós, se recibió oficio número ****, suscrito por el licenciado M.A.A.R, por medio del cual remitió disco compacto que contenía el EC número ***, así como su certificación correspondiente (hojas 230 a 231).

20.- El veintiocho de octubre de dos mil veintidós, en atención al oficio *****, se recibió oficio signado por el doctor ***, Director del HG de Pachuca de Soto, por medio del cual informó que el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, el médico residente AR1, se encontraba bajo la supervisión de AR2 (hoja 235).

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

EVIDENCIAS

A) Queja presentada por Q1, por hechos cometidos en su agravio A1 y de A2 (hojas 3 a 4).

B) Ratificación de la queja por parte de A1 (hojas 10 a 11).

- C) Informes de ley rendidos por las personas servidoras públicas involucradas (hojas 20 a 24, 26 a 28, 33 a 34, 38 a 39, 44 a 48, 50 a 52, 60 a 63 y 66 a 68).
- D) Copia certificada del EC a nombre de A1, identificado con el número ***, así como del EC a nombre de A2, identificado con el número *** derivado de la atención médica que se proporcionó en el HG (hojas 72 a 150).
- E) Dictamen médico institucional emitido por la CAMEH, respecto a la atención otorgada a A1 y A2, en el HG (hojas 160 a 224).
- F) Acta circunstanciada de veintidós de agosto de dos mil veintidós, en la que personal de este Organismo hizo constar la entrevista sostenida con Q1 (hoja 225).

En virtud de lo plasmado en los puntos que anteceden, se procede a la:

VALORACIÓN JURÍDICA

I.- Competencia de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la CPEUM; 9 bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, así como 126 y 127 de su Reglamento, esta Comisión resultó ser competente para conocer de la queja presentada por Q1.

II.- Análisis. Este Organismo, con la finalidad de resolver conforme a derecho y a fin de sustentar la presente Recomendación, analizó los medios de prueba que obran el expediente en estudio, y que como ya se mencionó, dentro del mismo, existen elementos que dan certeza suficiente para acreditar la vulneración a los derechos humanos de A1 y A2.

De tal manera que, derivado de un análisis armónico de todo el material probatorio descrito en el rubro de evidencias de la presente resolución, atendiendo al numeral 80 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, el cual establece que las pruebas que se presenten tanto por los interesados como por las personas servidoras públicas, o bien, que la Comisión recabe de oficio, serán valoradas en su conjunto, de acuerdo con los principios de la lógica, la experiencia y la legalidad, a fin de que puedan producir convicción sobre los hechos materia de la queja; por lo que, evaluando tanto los informes de ley del personal médico y de enfermería adscrito al SGyO del HG, así como al dictamen médico pericial institucional emitido por la CAMEH, el cual contribuye a acreditar las violaciones a derechos humanos atribuidas a personas servidoras públicas adscritas al HG.

III.- Derecho a la Protección de la Salud. Analizadas las constancias que integran el expediente en que se actúa, han quedado acreditados los hechos violatorios, los cuales, de acuerdo con el Manual de Calificaciones de Hechos Violatorios de Derechos Humanos, se definen como:

Es el derecho de todo ser humano a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social; a través de bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.

9.1. Derecho a recibir atención médica integral

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención médica y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud, respetando el principio de autonomía del paciente.

9.18. Derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica

Definición: derecho de toda mujer a recibir atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, evitando toda conducta, por acción u omisión, que afecte su integridad física y psicológica, expresada en un trato deshumanizado de los profesionales de la salud.

El Derecho a la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendido como la posibilidad de disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la CPEUM¹², el derecho de toda persona a dicha protección.

Sobre el tema la SCJN ha establecido que, “(...) *El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos |y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)*”.¹³

Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁴, afirma que “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial ... (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona

¹²CPEUM, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

¹³ Jurisprudencia administrativa, “Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/167530>

¹⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948, Artículo 25, párrafo primero. https://www.scjn.gob.mx/Transparencia/MM_Transparencia/Declaracion_Universal_de_los_Derechos_Humanos.rtf

tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”

La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁵, lo definió como “(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...) Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶ “Protocolo de San Salvador”, reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello, el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo.

Por su parte la CNDH afirmó en su Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección a la salud*” que *el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice la efectividad de dicho derecho y demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad y calidad.*¹⁷

En el presente caso, el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, aproximadamente a las diez horas con diez minutos A1 ingresó al área de urgencias del SGyO del HG, presentando un embarazo de 39.3 semanas de gestación, siendo recibida por personal de enfermería, quien le indicó que pasara al vestidor para que se retirara su ropa y colocara una bata de exploración.

Una vez que A1 ingresó al vestidor del SGyO, fue objeto de interrogatorio por parte de F.T.A., pasante de enfermería y por el médico residente AR1, quienes en reiteradas

¹⁵ Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, párrafo primero. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

¹⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de septiembre de 1998. Artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

¹⁷ CNDH. Recomendación General 15. Página 16, párr. Tercero.

<https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-numero-15-sobre-el-derecho-la-proteccion-de-la-salud>

ocasiones le solicitaron sus datos personales, tales como edad, cuántas semanas de gestación tenía y número de embarazos, sin que Q1 pudiera responderles de manera inmediata debido a las contracciones que le daban, por lo que, a causa de no ser valorada de manera oportuna durante la fase activa del trabajo de parto, mientras se encontraba en el área de vestidor, nació A2 de manera fortuita, quien cayó el suelo y se golpeó la cabeza.

Sobre esta **falta de atención médica integral**, de los informes recabados por este Organismo, se pudo advertir que al momento de ingresar Q1 al área de urgencias SGyO del HG, manifestó haber iniciado con dolor de parto desde las seis de la mañana del treinta de septiembre de dos mil diecinueve y que previamente había acudido a toma de ultrasonido en medio particular, en el cual se reportó líquido amniótico normal con cérvix cerrado, siendo remitida al HG para su atención, por lo que, resultaba necesario que el personal médico del citado nosocomio realizara una valoración oportuna para garantizar su atención inmediata y así evitar complicaciones en el parto.

En relación con lo anterior, la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA-2016)**¹⁸, instituye que, *“en la valoración de inicio de trabajo de parto, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, todo esto para decidir la conducta a seguir”*, valoración que en el presente no realizó el médico residente AR1, ni tampoco la doctora AR2, quien en esa fecha fungía como médico titular.

De igual forma, la referida norma oficial mexicana¹⁹, indica que *“en todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos*

¹⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA-2016) publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de abril de dos mil dieciséis, artículo 5.5.4. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA-2016) publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de abril de dos mil dieciséis, artículo 5.5.1. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso”, principios que no fueron observados por el personal médico del SGyO del HG al momento de brindar atención a A1, pues como ya se refirió anteriormente, a su ingreso al SGyO, tanto el personal médico como el de enfermería, sólo se limitaron a solicitarle a Q1 datos personales, sin que fueran capaces de advertir la urgencia obstétrica que en esos momento presentaba, lo que denota una falta de capacidad del citado personal en la atención de ese tipo de casos.

Al respecto, en el dictamen médico elaborado por la CAMEH se indicó que en el caso de A1, era primordial que primero se brindara la atención del binomio y después se procediera a la elaboración de la documentación obligatoria del EC, precisando que las acciones desplegadas por el personal médico del SGyO del HG en la atención de A1, sólo evidenció que no se le dio la atención oportuna, ni se vigiló y dio seguimiento a su trabajo de parto.

Igualmente, este Organismo pudo advertir que el personal médico del área urgencias del SGyO del HG, no consideró importante tomar en cuenta los antecedentes obstétricos de A1, relativos a que había cursado por tres partos previos, tal como lo asentaron los médicos AR2 y AR1, en la nota medica de treinta de septiembre de dos mil diecinueve, situación que ameritaba mantener seguimiento y vigilancia sobre su estado de salud, ya que su trabajo de parto podría ser más breve, decisión que no se apegó a lo establecido en la **Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del parto**²⁰, que refiere que: “*El segundo período de trabajo de parto (Expulsión): Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del producto y tiene una duración promedio 33 minutos en pacientes primigestas y 8.5 minutos en pacientes multigestas*”, omisión que generó que la quejosa tuviera un parto fortuito al interior del vestidor donde se encontraba.

De acuerdo con el dictamen médico emitido por la CAMEH, otro descuido en el que incurrió el personal del HG, consistió en no realizar un triage obstétrico a A1 al momento de ingresar al SGyO del HG, proceso que es de uso obligatorio en los servicios de urgencias obstétricas, de acuerdo con el **Lineamiento Técnico. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica**.

Dicho lineamiento define el Triage obstetrico como: *el proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir*

²⁰ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del parto
https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Vigilancia-y-Manejo-del-Trabajo-de-Parto_compressed-1.pdf

inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta".²¹, este procedimiento permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implica el mismo sentido de emergencia.

Su finalidad es otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención. Sus objetivos específicos son mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias, establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo con el nivel de gravedad y riesgos identificados, establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta, agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica, entre otros.

En el presente caso, se advierte que la omisión del personal médico del SGyO del HG, al no canalizar a A1 al área de triage obstétrico para su debida valoración, conllevó a que no se identificara la prioridad en su atención médica, provocando que A2 naciera de forma fortuita en el vestidor, y como consecuencia cayera el suelo y se golpeará la cabeza.

Esta falta de valoración, guarda concordancia con la manifestado por F.T.A, pasante de enfermería, quien tuvo participación el día de los hechos, pues en su comparecencia de veinticuatro de febrero de dos mil veinte, rendida ante personal de este Organismo, y a pregunta expresa formulada por su abogada particular señaló: *“Antes de que pasen a nuestra área, hay otra que se llama “triage”, que es para poder valorar a las pacientes en qué situación se encuentran, cuántas semanas de embarazo, cuanta dilación tiene, y ella no pasó por esa área...”*

Por lo antes expuesto, se puede advertir que la atención otorgada a A1, el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, por parte de AR1 y AR2, personal médico adscrito al SGyO del HG, no se apegó a las normas médicas antes referidas, al no valorarla de forma adecuada y oportuna durante la fase activa del trabajo de parto. Asimismo, dicho personal también incurrió en mala práctica médica al no evitar el parto fortuito de Q1, **tal como lo estableció el dictamen médico Institucional emitido por la CAMEH.**

²¹ Triage Obstétrico., Código Mater y Equipo de respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico. Primera Edición. Página 18 último párrafo. http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

En consecuencia, este Organismo determinó que el personal médico del SGyO del HG, incumplió con el ejercicio de sus funciones, al no acatar lo establecido en los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones II, III y XII, de la Ley General de Salud²², que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integrales, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno, certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la protección de la salud de A1.

Ahora bien, por cuanto hace al **derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica**, es necesario precisar que el personal encargado de proveer los servicios de salud a la gestante, debe conducirse con respeto a sus derechos humanos, situación que en algunas ocasiones no acontece, ya que las afectaciones hacia los derechos y salud reproductiva de las mujeres, ocurridas durante la atención al embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, son una práctica que aqueja a las mujeres gestantes.

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, y tiene relación “con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”²³.

En este contexto **surge el término violencia obstétrica**, con el objeto de visibilizar e identificar las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurrida bajo dichas circunstancias, éste es un problema que desde hace años afecta a algunas mujeres embarazadas. Tales violaciones, a partir de 1960, han dado lugar a movimientos sociales de

²²Ley General de Salud publicada en el DOF el 07 de febrero de 1984. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

²³ El modelo biomédico es ajeno a las cuestiones sociales o psicológicas. Engel, G. L. “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science”. 1977. Página 130.

emancipación de la mujer y a favor del parto respetado o humanizado²⁴, mismos que abogan por un procedimiento de nacimiento libre de presiones e injerencias externas y demandan el respeto de sus derechos y salud reproductiva.

El goce y disfrute del derecho a una vida libre de violencia obstétrica está supeditado a una serie de exigencias como el cumplimiento de factores institucionales y la adopción de las medidas pertinentes para alcanzar este fin; implica el respeto y garantía de los derechos a la protección de la salud y derechos reproductivos, los cuales han tenido un importante desarrollo jurisprudencial en el sistema universal e interamericano de derechos humanos, como a continuación se detalla.

La protección de la salud en relación con la protección reproductiva, se contempla en el artículo 16.1, inciso e), de la **Convención de Belem Do Pará**²⁵, se conmina a los Estados a garantizar en condiciones de igualdad los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a acceder “a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

Por su parte, la Corte IDH en el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, consideró, que *“la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*²⁶

Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la Organización Mundial de la Salud ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento.²⁷

El **CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24**, señaló que *“el acceso a la atención a la salud, incluida*

²⁴ Bellón Sánchez, Silvia. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. Dilemata año 7, 2015, n° 18, 113-128. Página 94.

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/19>

²⁵ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención De Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994, publicada en la Primera Sección del Diario Oficial de la Federación, el martes 19 de enero de 1999.

²⁶ Corte IDH. “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148.

²⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.

la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” y 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”.²⁸

La obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva, es un deber previsto en el **“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”**. Dicho programa advierte que los “servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva (...) las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas”, son circunstancias que inciden en estos derechos, por lo que señala que la atención primaria de la salud debe abarcar: “servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil”²⁹

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe **“Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”**, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.³⁰

La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el

28 CEDAW. Recomendación General No. 24. La Mujer y la Salud. Página 6, primer párrafo <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

²⁹ “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” El Cairo Egipto del 5 al 13 de septiembre de 1994. pags 66, 67 y 68. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

³⁰ CIDH Informe Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos. Artículo 84. <http://cidh.org/women/saludmaterna1osp/SaludMaternaCap3.sp.htm>

*abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto.*³¹

En la **violencia obstétrica**, las conductas realizadas pueden consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación, entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos de las mujeres, por una deshumanizada atención médica a las mujeres, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida de la mujer, en ambos casos, se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión, **la violencia obstétrica puede ocurrir durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio.**

En un escenario de violencia obstétrica, la investigación debe tomar en cuenta las obligaciones que debió cumplir y atender el personal médico en una ocasión específica, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma; además de las conductas realizadas por cuestiones de género y que transgredieron los derechos humanos e integridad de la mujer.

La violencia obstétrica se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y/o psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad.

En este contexto, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo³², establece que *“la violencia obstétrica, es toda acción u omisión ejercida por el sistema de salud público o privado o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas”*:

a) Atención inoportuna e ineficaz de las urgencias obstétricas;

³¹ Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>

³² Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial 53 Bis 2, el 31 de diciembre de 2007. http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20Vida%20Libre%20de%20Violencia.pdf

b) Trato deshumanizado;

c) Patologización del proceso de embarazo, parto o puerperio;

(...)

En el presente caso, los hechos que constituyeron violencia obstétrica, se hicieron consistir en que al momento en que A1 ingresó al área de urgencias del SGyO del HG, el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, el personal clínico de dicho nosocomio no le brindó atención médica oportuna, no obstante de que a su ingreso refirió que inició con dolor obstétrico desde las seis de la mañana de ese día, y a pesar de que en repetidas ocasiones les manifestó: **“ayúdenme, creo que mi bebé ya va a nacer”**, fue **ignorada y sometida a un sufrimiento innecesario**, que pudo ser evitado si el personal médico le hubiera realizado una valoración oportuna y eficaz, de acuerdo con lo dispuesto en la **NNOM-007-SSA2-2016**³³ .

Ahora bien, por cuanto hace al hecho violatorio de “derecho a una atención médica libre de negligencia” el Manual de Calificación de Hechos Violatorios de Derechos Humanos lo define como:

9.2. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.

Es así como, no pasa inadvertido para este Organismo, que en el momento en que sucedieron los hechos en el vestidor de urgencias del SGyO del HG, donde A1 tuvo un parto fortuito, sólo se encontraban presentes el médico residente AR1, la pasante de enfermería F.T.A, así como la estudiante de esta última disciplina L.E.R.A., quienes argumentaron que la quejosa se negaba a responder al interrogatorio que le practicaban y hacía caso omiso a las indicaciones que le daban, ello no puede entenderse como una justificación para no brindarle atención médica oportuna, **situación que denota por parte del personal de enfermería (pasante y estudiante), así como del médico residente una falta de sensibilidad y capacitación en la atención de emergencias obstétricas**, pues resulta lógico pensar que si A1, durante su atención en urgencias ginecológicas no respondía

³³ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida, artículo 5.5.4. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

al interrogatorio que le realizaban, ello se debía al dolor obstétrico que presentaba.

De igual forma, este Organismo observó que **los profesionales de la salud tienden a descalificar y subestimar el sufrimiento de las mujeres, y resulta preocupante, que ello se dé en un momento tan significativo como el del parto, donde la mujer se encuentra más necesitada de asistencia, contención y apoyo.**³⁴ Además, también se advirtió que: subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, **la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base**, sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación, fueron factores que incidieron en su salud.

Resulta viable señalar que el desconocimiento por parte del personal involucrado en los hechos, de los **procedimientos normados para la atención obstétrica, entre los que destacan la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en la que se indica que “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”.** Ello, aunado a la falta de sensibilidad y empatía del personal involucrado, al referir frases como que, Q1 “se mostraba poco cooperativa e indiferente”, incluso el médico residente AR1, pretendió justificar su actuar, al mencionar que Q1 tenía un antecedente de tres partos previos y conocía perfectamente la evolución de un embarazo; sin considerar que tal como lo previene la Norma citada, se deben eliminar o racionalizar prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria generan riesgos innecesarios, acciones que indudablemente generaron violencia obstétrica a A1.

Con la finalidad de evitar que sucedan este tipo de casos, **es de vital importancia, la supervisión permanente del desempeño del personal de enfermería que se encuentra realizando prácticas profesionales, así como de personal médico residente**, por parte de las personas titulares AR4, Jefa del SGyO; AR2, doctora adscrita al SGyO; AR3, enfermera, pues, en este sentido, cabe precisar que, tanto A1, como las personas involucradas, fueron coincidentes en manifestar que al momento en que ocurrieron los hechos, únicamente se encontraban presentes una pasante y una estudiante de enfermería, así como un médico residente.

³⁴ García Jurado, Mariana; Aucía, Analía; Arminchiardi, Susana y Chiarotti, Susana. “Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva: Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer (CLADEM); Instituto de Género y Desarrollo (INSGENAR), ISBN: 987-95502-6-9. Rosario, Noviembre 2003 Página. 27.

También, el personal médico del área de urgencias del SGyO del HG, incurrió en descuido al no vigilar y dar seguimiento puntal al trabajo de parto de A1, conducta que no se apegó a lo establecido en la **Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del parto**³⁵, provocando con ello que, al interior del vestidor donde se encontraba “expulsara” a A2, quien se precipitó al suelo y se golpeó la cabeza, sin que el personal médico les prestara auxilio inmediato, **encontrándose en esos momentos en una situación de impotencia al no poder ayudar a A2, a quien observaba llorando y tirado en el piso**, suplicando al personal médico y de enfermería para que lo levantaran, siendo hasta esos momentos en que el personal clínico decidió otorgarles la atención médica.

Como consecuencia de dicho descuido, fue necesario que A2 permaneciera internado en el HG por un periodo de 10 días, ya que el golpe que sufrió al caer al piso le provocó un traumatismo craneoencefálico leve, que le generó una hemorragia subaracnoidea e interhemisférica, así como riesgo de infección por condiciones de nacimiento, **situación que propició que A1 se encontrara en un estado de incertidumbre y preocupación por la salud de A2**, todo ello provocado por las omisiones del personal médico al no dar seguimiento puntal a su trabajo de parto.

Estas omisiones resultan concordantes con lo establecido en el dictamen médico institucional emitido por la CAMEH, en el cual se indicó que al ingresar A1 al área de urgencias SGyO del HG, no se le dio atención oportuna, ni vigilancia y seguimiento al trabajo de parto, emergencia que ameritaba la atención inmediata del binomio materno-infantil.

Si bien, como se ha reiterado, en el momento en el que ocurrieron los hechos motivo de queja, únicamente se encontraban presentes el médico residente AR1, la pasante de enfermería F.T.A., así como la estudiante de esta última disciplina L.E.R.A., es importante señalar, que el médico residente AR1, resulta ser servidor público recomendado debido a que la relación entre un médico residente y la institución de salud de la que depende la unidad médica receptora de residentes, es una relación laboral debidamente regulada en el capítulo XVI de la Ley Federal del Trabajo, además, los servicios que prestan los médicos residentes, están regulados en la **Norma Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas**, la cual establece:

³⁵ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del parto
https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Vigilancia-y-Manejo-del-Trabajo-de-Parto_compressed-1.pdf

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1. Objetivo.

Esta norma tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

1.2. Campo de Aplicación.

Esta norma es de observancia obligatoria para el responsable de enseñar, así como para quienes convengan e intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría de las residencias médicas en los establecimientos para la prestación de servicios de atención médica considerados como unidades médicas receptoras de residentes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas.

5. Disposiciones generales

5.1 Las relaciones entre los médicos residentes y la institución de salud de la que dependen las unidades médicas receptoras de residentes deben regirse por las disposiciones jurídicas aplicables, la normatividad institucional y las disposiciones de esta norma.

9. Disposiciones para los profesores titular y adjunto

9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente.

10. Derechos de los médicos residentes

10.3 Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y de guardia.

En cambio, la pasante de enfermería F.T.A., así como la estudiante de esta disciplina L.E.R.A., no son recomendadas al no tener una relación laboral con la institución de salud.

En cuanto a AR4, Jefa del SGyO; AR2, doctora adscrita al SGyO y AR3, enfermera, son las personas que eran responsables de realizar **la supervisión permanente del desempeño del personal médico residente AR1 y de enfermería que se encontraba realizando prácticas profesionales, respectivamente**; la primera servidora pública mencionada, en su calidad de Jefa del SGyO, quien tuvo a bien rendir el respectivo informe sobre los hechos imputados por Q1. Ahora bien, de acuerdo al dicho del médico residente AR1, el día de los hechos, se encontraba bajo la supervisión de su médica adscrita **AR2**, lo cual fue corroborado con el contenido del oficio número ****, signado por el doctor ***, Director del HG de Pachuca de Soto, en el cual se informó que el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, el médico residente AR1 se encontraba bajo la supervisión de AR2, médica adscrita al SGyO. Asimismo, de conformidad con el contenido del oficio ***/** (hoja 27), suscrito y firmado por la Sub Directora de Enfermería M.P.V.E., señaló que el personal de enfermería que se encontraba ubicado en el SUG el treinta de septiembre de dos mil diecinueve, fue **AR3**. De ahí que a las servidoras públicas referidas les resulta responsabilidad en los hechos violatorios de los derechos humanos de A1 y de su hijo, A2.

Lo anterior hace evidente que **no existió una debida supervisión por parte del personal adscrito a esa área**, inobservando las normas oficiales **NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas** y **NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud**, en las que de manera general se indica que la supervisión de las actividades de los residentes corresponderá al médico titular, y en el caso de las enfermeras, al profesional en esta disciplina responsable de las actividades asignadas, razón por la que AR3, resultó ser servidora pública recomendada.

Por lo anteriormente expuesto, del análisis de las evidencias que anteceden se determinó que el personal médico del SGyO del HG que atendió a A1, incumplieron con el ejercicio de sus funciones, al no acatar lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, III de su Reglamento; así como 5 fracción VI, 17 y 45, fracción IX de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, por lo que estaban obligados a prevenir la violencia obstétrica mediante la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia, mismas que fueron referidas en los párrafos anteriores, así como la Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y Manejo del Parto.

IV.- Violación a los derechos del niño en el ámbito de protección del derecho a la salud.

Está CDHEH considera necesario **precisar la importancia que representa la salud materna para el bienestar de A2**, pues tal como ha sido sostenido en la **Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, emitida por la CNDH** en la que se señaló: “[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”³⁶, **por lo que, “al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria,**

³⁶ CNDH. Recomendación General 31/2017. No 180, 181. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf

aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”.

El artículo 24.2, inciso d) de la **Convención sobre los Derechos del Niño**³⁷ recoge dicha interconexión al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación **del derecho a la protección de la salud** consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

El **Comité de los Derechos del Niño** en la Observación General N° 15 “sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto. Para reducir la mortalidad infantil el Comité de los Derechos del Niño recomienda “fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido”*³⁸.

Por su parte la **NOM-007-SSA2-2016**³⁹, mandata brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

Bajo esa premisa, este Organismo autónomo considera que la prestación del servicio médico que se brinde a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del

³⁷ Convención Sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Conferencia de los Estados Partes el 12 de diciembre de 1995, Enmienda publicada en el Diario Oficial de la Federación, el lunes 1 de junio de 1998. <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=b/EcoMjefuFeB6DOaNOimMz7kdKtJ2lsJNHZLOCmbhk72tc80TsAykPgFByq1B7A>

³⁸ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013. Párrafo 18. https://sitios1.dif.gob.mx/procuraduriaDIF/docs/Ligas_5.pdf

³⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA-2016) publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de abril de dos mil dieciséis, artículo 5.5.1. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud, como en el presente asunto aconteció.

Además, para esta Comisión preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la CPEUM, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que los NNA disfruten a plenitud sus derechos humanos, asimismo, se encuentra reconocido en la **Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**⁴⁰ misma que dispone que *“en todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”*.

Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁴¹, establece que *“Todo niño tiene derecho, [...], a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

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

⁴⁰ Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. Artículo 18 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>

⁴¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado el 16 de diciembre de 1966, artículo 24.1, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D47.pdf>

*esos intereses [...]*⁴²

En ese tenor, ésta Institución concluye que, con motivo del ejercicio profesional del personal médico del SGyO del HG, involucrados en el presente asunto, **transgredieron en agravio de A2 su derecho a la salud**, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas personas ocasionaron una afectación a la protección de ese derecho, ya que lo colocaron en una situación de riesgo innecesario **cuyos efectos no pudieron ser diagnosticados**.

En este contexto, de **acuerdo a lo observado del EC de A2**, nació en el área de vestidor de USG del HG, de forma espontánea, sufriendo **traumatismo en la cabeza**, al momento de caer al piso, motivo por el cual fue ingresado a la UTIN, con riesgo de infección asociada a vía de nacimiento (hoja 119).

En su primer día de vida y estancia hospitalaria, cursó con diagnóstico de lesiones asociadas a vía de nacimiento y riesgo de infección por condiciones de nacimiento (hoja 119); en su tercer día de vida, presentó un diagnóstico de edema cerebral de moderado a severo (hoja 117); en su cuarto día de vida y estancia hospitalaria se agregó el diagnóstico de **hemorragia subaracnoidea** (hoja 116 vuelta); en el quinto día de estancia hospitalaria, el niño presentó, de acuerdo a valoración por neurocirugía pediátrica, **traumatismo craneocefálico leve**, además, en estudios de tomografía, se documentó hemorragia subaracnoidea sin desplazamiento de estructuras (hoja 115).

A2, permaneció diez días en hospitalización, con los diagnósticos de lesiones asociadas a vía de nacimiento, edema cerebral difuso moderado a severo, hemorragia subaracnoidea y riesgo de infección por condiciones de nacimiento, con un pronóstico reservado a evolución (hoja 107).

La inadecuada vigilancia del trabajo de parto de A1, incidieron en los datos clínicos que registró A2 al momento de su nacimiento, al haber sufrido una caída que le ocasionó **traumatismo craneocefálico leve** y hemorragia subaracnoidea, existiendo una probabilidad de tenga afectaciones en estado de salud, las cuales como se ha reiterado, en este momento no es posible diagnosticar, pero que se podrían manifestar a corto, mediano o largo plazo.

⁴² SCJN, Tesis constitucional “Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”. Semanario Judicial de la Federación, 6 de enero de 2017, registro: 2013385.

Las secuelas que pudieran generarse en A2 por los hechos acontecidos, son motivo de afectación emocional y psicológica, tanto para A2 como para A1, consecuencias que incluso podrían incidir en el proyecto de vida de la familia que integran.

Ahora bien, con posterioridad al egreso del HG de A2, Q1 señaló a personal de este Organismo, que llevó a A2 para su atención médica al Hospital del Niño DIF, donde el pediatra le comentó que A2 tenía un “retraso”; sin embargo, **al ser canalizada al área de neurología ya no acudió**, refiriendo que su inasistencia se debió a la falta de recursos económicos.

En razón de lo expuesto, las personas servidoras públicas señaladas como responsables, transgredieron los derechos humanos de A2, a la protección de la salud previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafos cuarto y noveno Constitucionales; 6º, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

V.- Derivado de la integración del expediente y de las evidencias que fueron allegadas al mismo, además de los hechos por los cuales se dio inicio a la queja, este Organismo advirtió hechos violatorios adicionales a los derechos humanos de A1, consistentes en:

6.9. Derecho a no ser sujeto de victimización secundaria

Definición: derecho de las víctimas a no ser sujetos de mecanismos o procedimientos que agraven su condición, que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos y que las expongan a sufrir un nuevo daño por actos u omisiones de autoridades o servidores públicos.

5.3 Derecho a la debida diligencia

Definición: derecho de toda persona a que se le garantice la máxima eficiencia y celeridad procedimental, para el aseguramiento de sus intereses y pretensiones.

Lo anterior, tomando en consideración lo referido por A1, al señalar que cuando

ingresó al vestidor del SGyO, fue objeto de interrogatorio por parte de F.T.A., pasante de enfermería, posteriormente, por el médico residente AR1, quienes **en reiteradas ocasiones le solicitaron sus datos personales**, tales como edad, cuántas semanas de gestación tenía y número de embarazos; lo que en ese momento no estaba en posibilidad de contestar debido a las contracciones que presentaba.

Aunado a lo anterior, A1, precisó que ella egresó del HG el primero de octubre de dos mil diecinueve, pero A2 se quedó en observación en el área de UTIN, a fin de que le realizaran diversos estudios, ya que el golpe que sufrió en la cabeza le había provocado una hemorragia en el cerebro y derrames en los ojos. Fue así que, el nueve de octubre de la misma anualidad, personal médico del referido nosocomio, le informó que A2 sería dado de alta, pero que **debía firmar un documento en el que se asentaría que ella lo entregó con un golpe en la cabeza**, situación con la que no estuvo de acuerdo, ya que los hechos eran falsos; por lo que, con tal acción, además de haber originado una **revictimización**, este hecho se concatena con la vulneración del **derecho a la debida diligencia**, al pretender asentar el personal del HG un hecho de una forma diversa a la que ocurrió, y con lo cual trataron de evadir su responsabilidad respecto al estado de salud de A2, quien al nacer sufrió una caída, misma que ocurrió dentro de las instalaciones del HG., ante la falta de atención oportuna del personal.

VI.- Marco Jurídico. - En el presente asunto, además del marco legal invocado en párrafos anteriores, se transgredieron los siguientes ordenamientos legales:

CPEUM

Artículo 1º (...)

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (...).

La **Ley General de Salud**, reglamenta en su artículo 1º el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la **CPEUM**, y establece:

Artículo 1.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º. de la **CPEUM**, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 3.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

(...)

IV. La atención materno-infantil;

(...)

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;

(...)

La **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, prevé 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”*.⁴³

Artículo 5.- Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

IV. Violencia contra las Mujeres: **Cualquier acción u omisión**, basada en su género, que **les cause daño** o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

VI. Víctima: La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia;

(...)

Artículo 18.- Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Artículo 20.- Para cumplir con su obligación de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, los tres órdenes de gobierno deben prevenir, atender, investigar, sancionar y reparar el daño que les inflige.

Artículo 46.- Corresponde a la Secretaría de Salud:

I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra;

II. 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;

⁴³ Artículos 3 y 46, fracciones II y X de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1 de febrero de 2007 en el Diario Oficial de la Federación.

III. Crear programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto de la violencia contra las mujeres y se garanticen la atención a las víctimas y la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia;

(...)

X. Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres;

Artículo 60. Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de esta ley y se sancionará conforme a las leyes en la materia.

Este Organismo advierte que personal del HG, también incumplió con lo previsto en la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer, durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida**, de conformidad con las siguientes consideraciones:

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, **personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias**, (...).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la **persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura**, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las **licenciadas en enfermería obstétrica**, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; (...).

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. (...).

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

VII.- Estudio de la reparación del daño.- Una de las vías previstas en el

sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y **otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos**, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la CPEUM; 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

Igualmente, la reparación del daño en el derecho mexicano, tiene su fundamento en el último párrafo del artículo 109 de la **CPEUM** que a la letra establece:

Artículo 109. (...)

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

En el ámbito internacional, la Corte IDH ha observado un importante proceso evolutivo que ha fortalecido el régimen de protección de los derechos humanos respecto de la responsabilidad internacional de los Estados por actos internacionalmente ilícitos, desarrollada con un amplio esfuerzo por la Comisión de Derecho Internacional de Naciones Unidas, y plasmada en el memorable documento denominado *Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts with Commentaries*, que ilustra cuáles son las formas en que se debe resarcir a la víctima de la violación de derechos humanos con medidas entre las que se encuentran: 1) Cesar el acto, si este es un acto continuado; 2) Ofrecer seguridades y garantías de no repetición; 3) Hacer una completa reparación; 4) Restituir a la situación anterior, si fuere posible; 5) Compensación de todos los daños estimables financieramente, tanto morales como materiales; y 6) Satisfacer los daños causados que no son estimables financieramente.⁴⁴

⁴⁴ Draft articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts, with commentaries - 2001 (un.org)

Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de Organización de las Naciones Unidas, los cuales consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

No sólo en la legislación federal está reconocido el derecho de las víctimas a que se les repare el daño causado por violaciones a los derechos humanos, sino que también está reconocido en el ámbito local, específicamente, la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en su artículo en su artículo 84 párrafo segundo, establece:

“En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados”.

La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado. En este sentido, se deberán de llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado, en favor de A1 y A2. mismas que deberán comprender las siguientes medidas:

a) Medidas de Rehabilitación. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como 21 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”. La rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

En el presente caso, de conformidad con la Ley General de Víctimas, la SSH, deberá proporcionar atención psicológica a A1 y atención médica a A2, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus

necesidades específicas. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para A1 y A2, con el consentimiento de Q1, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, e instrumentos terapéuticos, en caso de ser requeridos.

b) Medidas de Compensación. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.⁴⁵

Ésta deberá incluir los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

Por ello, se considera necesario que, como consecuencia de las violaciones a los derechos humanos en que incurrió el personal del HG, las autoridades de la Secretaría de Salud de Hidalgo, otorguen la compensación a A1, así como a A2, que conforme a derecho corresponda, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Secretaría de Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo décimo cuarto transitorio de la Ley General de Víctimas, que establece que en tanto las entidades federativas se encuentren en la integración de sus Comisiones de víctimas, las obligaciones previstas para estas Comisiones en la Ley serán asumidas por la Secretaría de Gobierno de cada entidad.

c) Medidas de Satisfacción. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas a la SSEH,

⁴⁵ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90

colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento del respectivo procedimiento que se siga ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud.

d) Medidas de no repetición. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas. Para tal efecto, las autoridades de la Secretaría de Salud deberán impartir, en el plazo de tres meses, un curso integral 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna, violencia obstétrica y 2) sobre la norma oficial mexicana en materia de atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, así como Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.

Por todo lo descrito en el cuerpo de la presente resolución, habiéndose acreditado la violación a derechos humanos consistentes en **derecho a recibir atención médica integral, derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica, derecho a no ser sujeto de victimización secundaria, derecho a la debida diligencia y a los derechos del niño en el ámbito de protección de la salud**, en agravio de A1 y de A2, y agotado el procedimiento regulado en el título tercero, capítulo IX de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, a usted Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud de Hidalgo, se le:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Dar cumplimiento a la reparación integral del daño, por las violaciones a los derechos humanos que sufrió A1 y A2, con base y de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales aplicables, considerando que esta resolución constituye un elemento de las reparaciones a las que se tiene derecho.

SEGUNDO.- En un plazo de tres meses, se efectúe una valoración precisa e integral al estado salud de A2, a fin de que se le brinde atención, que incluya servicios médicos especializados, que prevengan el desarrollo de otras afecciones, la provisión de medicamentos, servicios de rehabilitación, equipo de apoyo de ser necesario, y en caso, de que las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación le hubieran generado secuelas permanentes a su salud, se otorguen los tratamientos respectivos, así

como una indemnización por la afectación al proyecto de vida de A2, debiendo remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERO.- Instruya a quien corresponda, a efecto de que en el Órgano Interno de Control de la SSEH, se realice una investigación en contra del personal médico y de enfermería señalado como responsable, y en su caso, dar inicio a los procedimientos legales respectivos para determinar la responsabilidad en que incurrieron para que en su momento, les sea impuesta la sanción a que se hubieren hecho acreedores, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas; apoyándose para ello con los argumentos y pruebas que sirvieron a esta Comisión como medios de convicción para la emisión de la presente Recomendación, y remita a este Organismo las documentales que acrediten su cumplimiento.

CUARTO.- Con la finalidad de garantizar las medidas de no repetición de las conductas realizadas por el personal de ginecología y obstetricia del HG, se recomienda en un plazo de tres meses diseñar e impartir al personal médico de dicho nosocomio, en el cual se considere a médicos residentes, así como practicantes de enfermería, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna, violencia obstétrica y 2) sobre la norma oficial mexicana en materia de atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, así como Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica; los que deberán ser impartidos por personal especializado, y enviar a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTO.- En un plazo de tres meses, se emita una circular en la que se instruya al personal médico y de enfermería del área de Ginecología y Obstetricia del HG, para que de manera permanente exista una adecuada y constante supervisión de las actividades realizadas por médicos residentes, practicantes y estudiantes de enfermería, con el objetivo de una óptima prestación de los servicios de salud a la ciudadanía y evitar hechos como los que motivaron la emisión de esta Recomendación, y un vez hecho lo anterior se remitan a esta Comisión las documentales que acrediten su cumplimiento.

SEXTO.- Se elabore un Protocolo para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes que durante su nacimiento hayan sido víctimas de violaciones al derecho a la protección de la salud como consecuencia de violencia obstétrica; con la finalidad de garantizar su derecho de acceso a la protección de la salud.

SÉPTIMO.- Designar a una persona servidora pública de esa Secretaría de Salud, que fungirá como enlace con esta Comisión de Derechos Humanos, para dar seguimiento



EXPEDIENTE: CDHEH-VG-3229-19

al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo.

Notifíquese a Q1 y a las autoridades, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitioweb de la misma.

De ser aceptada la presente Recomendación, deberá hacerlo de nuestro conocimiento, por escrito, en un plazo no mayor de **diez días hábiles**; en caso de no ser aceptada, se hará del conocimiento de la opinión pública.

A T E N T A M E N T E

**ANA KAREN PARRA BONILLA
P R E S I D E N T A**

BEMR/LPO/EBR/FMA

