



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN 25 / 2015.

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V1, Y LA PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN V2, EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 221 DEL IMSS EN TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

México, D.F., a 30 de julio de 2015.

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias de los expedientes **CNDH/1/2013/4208/Q** y **CNDH/1/2014/288/Q**, relacionados con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el

significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 8 de julio de 2012, V1 (mujer de 35 años de edad y con 33.5 semanas de gestación) presentó escalofríos, vómito y escasos movimientos de V2 en su vientre, decidió acudir al área de urgencias del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Toluca, Estado de México, en donde a las 10 horas aproximadamente fue valorada por un médico de turno quien le indicó que presentaba amenaza de parto prematuro por lo que debía ser internada (sin que en esa fecha se le realizara monitoreo alguno a V2), luego de lo cual una doctora o asistente *“le reiteró que no sentía los movimientos de su bebé”*. Al siguiente día se le practicó un ultrasonido y se le informó que la frecuencia cardíaca de V2 era baja y que era necesario intervenirla de manera inmediata para evitar complicaciones, sin embargo, según lo señaló la víctima, después de que se le practicó la cesárea se le informó que V2 tenía tres horas de haber fallecido.

4. El 11 de julio de 2012 se le notificó a V1 que nuevamente se le tenía que intervenir quirúrgicamente debido a que presentaba una *“ascitis con datos de sangrado de tubo digestivo alto”* y se le sometió a una laparotomía exploratoria, no obstante, el estado de salud de V1 se complicó lo que motivó que se solicitara su traslado al Hospital General Regional No. 220 del IMSS donde fue atendida adecuadamente. Al continuar con el deterioro de sus funciones orgánicas, el 17 del mismo mes y año se le trasladó al Hospital de Especialidades *“Dr. Antonio Fraga Mouret”*, del Centro Médico Nacional *“La Raza”*, del Distrito Federal, e ingresó a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de *“choque séptico con punto de partida abdominal, falla orgánica múltiple: respiratoria-renal-*

hematológica-hemodinámica-neurológica-hepática puerperio-tardío quirúrgico” (SFA+ÓBITO), nosocomio en el que recibió un manejo adecuado por lo que su estado de salud evolucionó de manera favorable y fue egresada e internada el 30 de julio de 2012 para recibir atención post-quirúrgica tardía en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 del IMSS.

5. El 20 de mayo de 2013, V1 presentó queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos con lo que se inició el expediente CNDH/1/2013/4208/Q de cuya integración se observó que el caso era competencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) por tratarse de un conflicto entre una derechohabiente de servicios médicos y un prestador de los mismos, se determinó remitir la queja a la citada instancia, dar vista al Órgano Interno de Control del IMSS y solicitar a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente en ese instituto brindar apoyo y protección a la víctima y sus familiares, resolución que le fue notificada a V1 el 26 de septiembre de 2013.

6. El 21 de noviembre de 2013 V1 solicitó que fuera este Organismo Nacional quien conociera y se pronunciara respecto del caso. Después de realizar su estudio se determinó la reapertura del expediente de queja CNDH/1/2013/4208/Q, se inició el diverso CNDH/1/2014/288/Q en términos del artículo 108 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y se requirió el informe respectivo al IMSS.

II. EVIDENCIAS.

7. Expediente CNDH/1/2013/4208/Q iniciado con motivo de la queja presentada el 20 de mayo de 2013 por V1 ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, del que destacan las siguientes evidencias:

7.1. “Solicitud de servicios dentro de la Unidad de Medicina Familiar” No. 223 del IMSS de 11 de enero de 2012, a través de la cual se envió a V1 para la práctica de estudios de laboratorio y gabinete, para descartar amenaza de aborto.

7.2. Nota médica de “Vigilancia y atención del parto” de V1 (partograma) elaborada a las 10:00 horas del 8 de julio de 2012 por AR2, en la que diagnosticó amenaza de parto pretérmino.

7.3. Nota médica de “Vigilancia y atención del parto” de V1 de 8 de julio de 2012, en la que se precisó la frecuencia cardíaca fetal de V2.

7.4. Hoja de “Notas médicas y prescripción” de 8 de julio de 2012 suscrita a las 10:00 horas por AR2, en la que indicó aplicar orciprenalina a V1.

7.5. “Nota de ingreso a piso” de las 18:30 horas de 8 de julio de 2012 suscrita por AR3, en la que indicó la práctica de una ultrasonografía a V1, misma que reportó un producto único vivo en posición cefálica, índice de líquido amniótico de 9 centímetros y placenta grado de madurez III.

7.6. “Nota médica de evolución nocturna” de las 21:45 horas de 8 de julio de 2012 suscrita por un médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, en la que se advirtió que V1 presentaba una tensión arterial de 100/60, sin pérdidas transvaginales, sin actividad uterina y con frecuencia cardíaca fetal de 132 por minuto.

7.7. Nota médica de evolución matutina de las 9:30 horas del 9 de julio de 2012 suscrita por AR5, en la que reportó que V1 presentó vómito, tensión arterial de

130/80, útero grávido hipertónico y frecuencia cardiaca fetal de 140 por minuto, y recomendó continuar con la aplicación de orciprenalina.

7.8. “Nota de evolución y prequirúrgica” realizada a las 15:30 horas del 9 de julio de 2012 por AR6, en la que diagnosticó bradicardia fetal 1 persistente, sin hipertonía uterina, y solicitó pasar a V1 a la unidad de tococirugía de forma urgente para registro cardiotocográfico y perfil biofísico.

7.9. “Notas médicas y prescripción” emitidas a las 15:40 y 17:00 horas del 9 de julio de 2012 por AR6 y AR7, respectivamente, en las que indicaron valorar y preparar a V1 para que se le practicara una intervención quirúrgica de cesárea.

7.10. “Hoja de consentimiento informado” elaborada a 17:00 horas del 9 de julio de 2012, en la que consta que AR7 informó a V1 el diagnóstico de *“Primigesta de 35 años de edad, embarazo de 34 semanas por USG (ultrasonografía) y FUM (fecha de última menstruación) (mas) bradicardia fetal persistente”*; y para su mejoría se le sugirió el procedimiento consistente en cesárea tipo Kerr.

7.11. “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” de V1 emitida el 9 de julio del 2012 por AR7, en la que asentó como diagnóstico preoperatorio bradicardia fetal persistente; e indicó que a las 17:41 horas le extrajo producto *“óbito (...) sexo masculino, con un peso 2050 gramos, talla de 45 cm., presencia de mioma gigante en pared lateral derecha de útero de 15 cm. aprox., ausencia de líquido amniótico. Placenta con múltiples calcificaciones (...) cavidad uterina muy fétida (...)”*

7.12. “Nota postquirúrgica” elaborada a las 19:00 horas del 9 de julio de 2012 por AR7, en la que determinó que V1 presentó oligohidramnios severo (cantidad de líquido amniótico menor de lo normal), mioma intramural en pared lateral

derecha gigante (15 centímetros aproximadamente), placenta muy calcificada, cavidad uterina muy fétida.

7.13. Certificado de muerte fetal de V2 en el que se anotó como causas del fallecimiento: *“Recién nacido afectado por oligohidramnios e interrupción de la circulación materno fetal.”*

7.14. “Nota de ingreso a piso 3” realizada a las 23:15 horas del 9 de julio de 2012 por AR8, en la que indicó que V1 presentó loquios (secreción vaginal) hemáticos escasos.

7.15. “Nota de evolución matutina” emitida a las 10:10 horas del 10 de julio de 2012 por AR9, en la que ordenó tomar a V1 un estudio de laboratorio y recabar los de puerperio postquirúrgico, continuar con la aplicación de doble esquema de antibioterapia, clindamicina y cefolaxima.

7.16. “Nota de evolución vespertina” de V1 efectuada a las 16:55 horas del 10 de julio de 2012 por AR10, en la que ordenó la transfusión de dos paquetes de plasma y aplicación de doble esquema de antibióticos.

7.17. “Nota de evolución matutina” realizada a las 12:00 horas del 11 de julio de 2012 por AR9, en la que estableció que V1 presentó distensión abdominal muy importante, peristalsis disminuida, herida quirúrgica con secreción amarillenta, loquios no fétidos, con corioamnioitis (inflamación aguda de la membranas placentarias, de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico) y probable íleo posquirúrgico (interrupción aguda del tránsito intestinal).

7.18. Nota médica emitida a las 12:00 horas del 11 de julio de 2012 por AR9, en la que indicó que a las 11:34 horas de ese día se le practicó a V1 un ultrasonido pélvico en el que se observó *“Útero heterogéneo en involución”*, presencia de líquido amniótico desde cavidad abdominal hasta hueco pélvico y se le programó para realizarle una laparotomía exploradora por probable *“lesión de órgano vecino”*.

7.19. “Nota de ingreso a labor y prequirúrgico” de 11 de julio de 2012 suscrita por AR11, en la que indicó que a V1 *“Nunca se [le] tomaron pruebas de función Hepática o Renal.”*

7.20. “Hoja de interconsulta y/o solicitud de traslado” del 11 de julio de 2012, en la que AR11 señaló que se pidió enviar a V1 al servicio de la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Regional No. 220 para manejo y complementación de diagnóstico.

7.21. “Nota de choque” de las 18:09 horas del 11 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 ingresó al Hospital General Regional No. 220 con diagnóstico de choque mixto, con datos de coagulación intravascular diseminada alta posibilidad por óbito fetal, probable pancreatitis biliar, STDA (sangrado de tubo digestivo alto), probable EVC (evento vascular cerebral) hemorrágico, coagulopatía secundaria. Dicha nota carece de nombre y firma del médico que la elaboró.

7.22. “Nota de valoración e ingreso a la unidad de cuidados intensivos” elaborada a las 20:00 horas del 11 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que asentó el ingreso de V1 a esa unidad para brindarle soporte multiorgánico, transfusión de dos plasmas frescos congelados, cinco concentrados plaquetarios y una de concentrado eritrocitario.

7.23. “Nota de neurocirugía y valoración” elaborada a las 22:00 horas del 11 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que se observó que V1 presentó un cuadro clínico de deterioro neurológico agudo, severo y multicausal, ordenando una tomografía de cráneo simple urgente.

7.24. “Nota de ginecología” de las 23:30 horas del 11 de julio de 2012 suscrita por AR8, en la que hizo constar que V1 evoluciona del puerperio complicado.

7.25. “Nota de revaloración del servicio de neurocirugía” realizada a las 03:01 horas del 12 de julio de 2012, en la que se precisó que de acuerdo a la tomografía de cráneo V1 no requería de manejo quirúrgico.

7.26. “Nota de evolución del servicio de ginecología y obstetricia” elaborada a las 11:40 horas del 12 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 continuaba grave y con pronóstico muy reservado.

7.27. “Nota de evolución matutina de la unidad de cuidados intensivos” efectuada a las 12:30 horas del 12 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 continuaba con pronóstico reservado.

7.28. “Nota de evolución de la unidad de cuidados intensivos turno vespertino”, elaborada a las 19:00 horas del 12 de julio de 2012, en la que se reportó a V1 con un pronóstico de *“más de 90 por ciento de mortalidad por falla multiorgánica”*.

7.29. “Nota de la unidad de cuidados intensivos turno nocturno” elaborada a las 02:00 horas del 13 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que reportó a V1 con pronóstico muy grave y alto riesgo

de mortalidad por las disfunciones que cursaba, y que requería de mayor apoyo aminérgico y envió a un hospital de tercer nivel.

7.30. “Nota de evolución matutina del servicio de ginecología y obstetricia” de las 09:20 horas del 13 de julio de 2012, en la que se diagnosticó a V1 con estado de salud muy grave.

7.31. “Nota de evolución de medicina crítica” de las 23:00 horas del 13 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 se encontraba muy grave.

7.32. “Resumen clínico y traslado a 3 nivel de atención” elaborado a las 16:00 horas del 16 de julio de 2012, por un médico del Hospital General Regional No. 220, en el que señaló que V1 requería valoración hematológica, continuar con soporte en terapia intensiva y pronóstico muy grave.

7.33. Reporte de tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal simple realizado a las 19:30 horas del 16 de julio de 2012, en el que se informó que V1 presentó derrame pleural bilateral.

7.34. Nota médica de las 20:40 horas del 16 de julio de 2012, en la que consta que se canceló el traslado de V1 para que se le practicara una tomografía debido a que presentó desaturación hasta del 50 por ciento y se le reportó muy grave.

7.35. “Nota médica de interconsulta de hematología” elaborada a las 12:00 horas del 17 de julio de 2012 por una médica del Hospital General Regional No. 220, en la que señaló que el pronóstico de V1 era *“reservado para la vida y la función de corto plazo”*.

7.36. “Nota de egreso de la unidad de cuidados intensivos”, en la que se estableció que V1 ingresó al Hospital de Especialidades “*Dr. Antonio Fraga Mouret*” del Centro Médico Nacional “*La Raza*” el “*17 JULIO 2012*” (*sic*) y egresó el “*27/07/12*” (*sic*).

7.37. “Hoja de alta” de V1 emitida por médicos del Centro Médico Nacional “*La Raza*”, en la que señalaron que V1 ingresó el “*19/07/2012*” (*sic*), fecha en la que se le realizó una cirugía de laparotomía exploratoria, y que egresó el “*30/07/2012*” (*sic*).

7.38. Informe rendido por el Jefe de Cirugía General del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “*Gilberto Flores Izquierdo*”, en el que informó al director de ese nosocomio sobre la atención médica que se le brindó a V1 del 1º de agosto de 2012 al 10 de enero de 2013.

7.39. Oficios 71250, 71251 y 71252, todos de 26 de septiembre de 2013, dirigidos a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente y al Órgano Interno de Control del IMSS, a través de los cuales se les remitió la queja formulada por V1 para la atención y efectos procedentes.

8. Expediente CNDH/1/2014/288/Q iniciado por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos con motivo de la reapertura del diverso CNDH/1/2013/4208/Q, del que destacaron las siguientes constancias:

8.1. “Transcripción de nota médica” del 8 de julio de 2012, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que consta que AR1 diagnosticó que V1 presentó malestar general compatible con un cuadro gripal.

8.2. “Transcripción de nota médica” del 11 de julio de 2012, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que AR12 describió las técnicas utilizadas en las intervenciones quirúrgicas de laparotomía exploratoria mas colesistostomía que se le practicaron a V1.

8.3. “Transcripción de Nota Postquirúrgica” elaborada a las 16:30 horas del 11 de julio de 2012 por AR11, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que consta que durante el transquirúrgico se recabaron los resultados de laboratorio de V1, *“tomados en el momento de ingreso a quirófano”*, de los que se concluyó *“probable pancreatitis”*.

8.4. Oficio 5639 del 6 de febrero de 2014, con el que este Organismo Nacional solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, un informe detallado y completo respecto de las gestiones y acciones llevadas a cabo por el IMSS para la atención y solución del caso de V1, que le fue remitido el 26 de septiembre de 2013.

8.5. Oficio 95217614621/0335 del 12 de febrero de 2014, mediante el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó a este Organismo Nacional que, respecto de la queja de V1, se inició el Expediente de Queja No. 1 para investigación, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS *“cuyo resultado será sometido a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, y en su oportunidad, informado tanto al interesado como a esa Comisión Nacional”*.

8.6. Opinión médica elaborada el 3 de marzo de 2014 por peritos médicos de este Organismo Nacional, en la que establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 y V2 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca, Estado de México.

8.7. Escrito del 22 de julio de 2014 suscrito por V1, a través del cual remitió a este Organismo Nacional el oficio 95217614620/825 de 7 de mayo de 2014 signado por el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, y el Acuerdo del 8 de abril del mismo año, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, en el que se determinó que: *“La atención otorgada [a V1] fue adecuada y oportuna, sus complicaciones obedecieron a la naturaleza, gravedad y evolución de su padecimiento”*.

8.8. Actas Circunstanciadas del 8 y 9 de enero de 2015 en las que constan las llamadas telefónicas realizadas por un Visitador Adjunto de esta Comisión Nacional a la CONAMED y al Órgano Interno de Control en el IMSS, para requerirles información relacionada con el caso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

9. El 20 de mayo de 2013, V1 presentó queja ante este Organismo Constitucional Autónomo en la que manifestó que el 8 de julio de 2012 acudió al Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, ubicado en Toluca, Estado de México, a fin de que la atendieran por los malestares que presentaba, nosocomio en el que recibió una inadecuada atención médica que ocasionó graves afectaciones a su salud y que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2.

10. Personal de este Organismo Nacional al realizar la calificación de la queja observó que los hechos versaban sobre un conflicto médico entre un derechohabiente y el prestador del servicio, por lo que determinó remitir el caso a la CONAMED, dar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS y solicitar el apoyo de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de ese Instituto; resolución que le fue notificada a V1 a través del oficio 71249 de 26 de septiembre de 2013.

11. El 21 de noviembre de 2013, V1 solicitó que fuera esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la que conociera y se pronunciara respecto de su queja, lo que motivó que este Organismo Nacional reabriera el expediente respectivo al que se le asignó el número CNDH/1/2014/288/Q, de cuya integración se observó que la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, se debió a un oligohidramnios severo y a un proceso infeccioso, aunado a las complicaciones que V1 presentó en su estado de salud como consecuencia de una sepsis puerperal, entidad grave de elevada morbi-mortalidad producida por corioamnioitis e infección del tracto genital; padecimientos que no fueron diagnosticados ni manejados adecuada y oportunamente por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, galenos adscritos a un nosocomio con recursos e infraestructura especializada para detectar y tratar este tipo de emergencias médicas.

12. Esta Comisión Nacional mediante oficio 5639 del 6 de febrero de 2014, solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS información sobre las acciones realizadas por la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, respecto del oficio 71251 del 26 de septiembre de 2013, a través del cual este Organismo Nacional le comunicó que se envió copia del expediente de queja a la CONAMED para su análisis y determinación, y que se diera vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto

para la investigación administrativa respectiva, brindara apoyo y protección a las víctimas y, en los casos que fuera necesario a sus familiares. Al respecto, el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS señaló mediante oficio 95217614621/0335 de 12 de febrero de 2014 que se aperturó el Expediente de Queja No. 1 *“cuyo resultado será sometido a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, y en su oportunidad, informado tanto al interesado como a esa Comisión Nacional”*.

13. El 22 de julio de 2014 V1 presentó en esta Comisión Nacional un escrito al que anexó copia del Acuerdo emitido el 8 de abril de 2014 por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, respecto del Expediente de Queja No. 1 en el que se determinó que *“La atención otorgada [a V1] fue adecuada y oportuna”* y que sus complicaciones obedecieron a la naturaleza, gravedad y evolución de su padecimiento.

14. El 8 de enero de 2015, la Dirección de Área Jurídica de la Dirección General de Orientación y Gestión de la CONAMED, informó con relación a la vista que se le dio con el oficio 71250 del 26 de septiembre de 2013, que se hizo el registro correspondiente del presente caso, sin embargo que *“no se inició como un asunto de su conocimiento por no contar con los elementos necesarios para conocer de la problemática”* de V1, a quien se le enviaron dos oficios en los que se le requirió se identificara y señalara sus pretensiones específicas respecto del asunto, dando respuesta a uno de ellos el cual no contó con los elementos requeridos por lo que determinó desechar el folio consecutivo 27911.

15. El 9 de enero de 2015, la Auditora del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS Delegación Estado de México Poniente, informó respecto de la vista que se le dio a través del oficio

71252 del 26 de septiembre de 2013, “que ellos aún no tienen (...) una notificación de probables irregularidades en el asunto y entonces no tienen iniciada queja administrativa o bien un procedimiento administrativo” por parte del Área de Normatividad del Área Central de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS.

IV. OBSERVACIONES.

16. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran los expedientes **CNDH/1/2013/4208/Q** y **CNDH/1/2014/288/Q**, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos de V1 por inadecuada atención médica, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, atribuibles a personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, ubicado en Toluca, Estado de México, en atención a las siguientes consideraciones:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y PÉRDIDA DE LA VIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN.

17. El 8 de julio de 2012, V1 presentó escalofríos y vómito en 2 ocasiones y malestar general con antecedente de 6 días por lo que acudió al Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, donde fue atendida por AR1, quien le diagnosticó de manera inadecuada que se trataba de “*un malestar general compatible con un cuadro gripal*”. Al respecto, peritos de este Organismo Nacional observaron que el citado médico le restó importancia al vómito y a los escalofríos y omitió señalar en la nota de ingreso la hora y su especialidad.

18. En la exploración obstétrica que se le realizó a V1, AR1 reportó un producto único vivo (PUVI), situación libre (SL), frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 135 latidos por minuto, sin contracciones uterinas, con movimientos fetales presentes, diagnosticó a V1 con *“amenaza de parto pretérmino”* e indicó como plan de manejo valorar hospitalización, aplicar uteroinhibidores, elaborar examen general de orina y laboratoriales (sin especificar cuáles). De lo señalado se observó que el mencionado galeno *“omitió realizar un adecuado interrogatorio”* y *“establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo”* al integrar el diagnóstico de *“amenaza de parto pretérmino”*, debió *“solicitar valoración inmediata por ginecobstetricia y ultrasonido para confirmar la edad de gestación”* y realizar la prueba de fibronectina fetal a fin de *“descartar alguna complicación materno fetal”* y poder establecer el tratamiento a seguir, incumpliendo con la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, relativa a la *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”*, *“al omitir detectar y prevenir la morbimortalidad materno fetal.”*

19. V1 se quedó internada (sin que de las notas médicas se pueda saber en qué servicio), y a las 10:00 horas del 08 de julio de 2012 fue valorada por AR2 (médico de quien se desconoce su especialidad), quien inició la *“Hoja de vigilancia y atención del parto”* (partograma), en la que señaló que el motivo de la consulta era dolor obstétrico/náusea, vómito y pronóstico de amenaza de parto pretérmino, a pesar de lo cual omitió *“diagnosticar un embarazo de alto riesgo”*, además de *“solicitar la práctica de una ultrasonografía urgente para evaluar la edad gestacional y longitud cervical, así como la prueba de fibronectina fetal”* (proteína que actúa como un tipo de adhesivo y ayuda al saco amniótico a adherirse al revestimiento del útero de la madre), estudios que hubieran permitido aplicar el mejor tratamiento a seguir, mismos que se encuentran establecidos en la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* publicada en 2009

por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 063-08.

20. Descartando los factores de riesgo y sin corroborar la edad gestacional de V2, AR2 inició manejo farmacológico a base de soluciones mixtas y administración de orciprenalina (medicamento tocolítico que inhibe las contracciones uterinas prematuras a partir de la semana 20 y hasta la semana 37 del embarazo o hasta alcanzar la madurez pulmonar del producto), *“omitió la administración de maduradores (...) para mejorar y favorecer la madurez pulmonar en caso de un pronto trabajo de parto por tratarse de un producto prematuro de 33.5 semanas de gestación”*, como se recomienda en la precitada *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”*, en la que se establece como tratamiento farmacológico para estos casos la administración de 2 dosis de 12 miligramos de betametasona o dexametasona intramuscular con intervalo de 12 a 24 horas.

21. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional advirtieron que en la “Hoja de vigilancia y atención de parto” del 8 de enero de 2012, AR1 registró la frecuencia cardiaca fetal a partir de las 12:30 horas y hasta las 16:00 horas, la cual osciló entre 128 la mínima y 144 la máxima, parámetros que se consideran dentro de los rangos normales, y que omitió *“el registro de la actividad uterina, el número de contracciones cada diez minutos, medir la frecuencia cardiaca y respiratoria, presión arterial y temperatura maternos”*, dejando de atender los lineamientos establecidos en la precitada *Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993*, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 6 de enero de 1995, y en cuya Introducción acepta que *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades*

eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos” y establece especificaciones en los numerales 5.1.1., 5.1.3. y 5.1.5. al respecto, situación que tuvo como consecuencia que no se advirtieran oportunamente las complicaciones que afectaron al producto de la gestación, V2, y que posteriormente derivaron en su pérdida.

22. De la “Nota de ingreso a piso” del 8 de julio de 2012 elaborada a las 18:30 horas, se desprendió que los estudios de laboratorio practicados a V1 arrojaron como resultado leucocitosis de 14.4 mililitros (normal de 4 a 10), tiempos de coagulación alargados como lo es el tiempo de protrombina (TP) 15.9 segundos (normal 11.5 a 13.5) y tiempo de tromboplastina parcial (TTP) 58.9 segundos (normal 35 a 43), indicativos de un proceso séptico en evolución, lo que pasó inadvertido para AR3 (médica que no señaló su especialidad), quien inició un manejo médico a base de antibiótico del tipo de la ampicilina por el *“proceso infeccioso sin investigar su origen, omitió solicitar valoración por medicina interna”* para el manejo de la urgencia obstétrica, incumpliendo con la *Ley General de Salud*, que en el artículo 27, fracciones III y IV, dispone que la atención médica materno-infantil es un servicio básico del derecho a la protección de la salud.

23. De acuerdo con las notas médicas se pudo observar que V1 permaneció sin vigilancia de las 16:00 a las 18:30 horas del 8 de julio de 2012, momento en que fue valorada por AR3, quien la reportó con tensión arterial de 100/60, frecuencia cardíaca 80, frecuencia respiratoria 20 y temperatura 36°C; pero omitió *“valorar las condiciones fetales”*, dado que *“no hay registro de la frecuencia cardíaca fetal”*, además de no diagnosticar el “embarazo de alto riesgo”, a pesar de tener criterios para ello, como la prematuridad y leucocitosis de 14.4 mililitros reportados en esa misma fecha por el laboratorio, lo que indicaba un proceso infeccioso agregado del

cual tampoco investigó la causa limitándose a indicar antibiótico y continuar con el tocolítico sin aplicar maduradores pulmonares.

24. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que AR3 señaló que se le realizó a V1 una ultrasonografía (USG) el 8 de julio de 2012, en la que se apreció un producto único vivo en posición cefálico, longitudinal dorso a la derecha (DD), índice de líquido amniótico 9 centímetros (normal 3-8) y placenta grado III, indicativo de que la paciente presentaba un polihidramnios (aumento de la cantidad normal de líquido amniótico), lo que se traduce en una placenta madura para la edad gestacional del producto, *“situaciones que pasaron desapercibidas”* y que tuvieron *“como consecuencia el fallecimiento del producto de la gestación”* debido a que se omitió *“calificar a la paciente con embarazo de alto riesgo y (...) emergencia obstétrica por el proceso infeccioso que no se identificó y por la presencia de polihidramnios”*.

25. A las 21:45 horas de 8 de julio de 2012, V1 fue valorada por AR4 (de quien sólo se conoce su número de matrícula), quien no realizó una exploración detallada como el resto de los médicos tratantes, en virtud de que en su nota médica se limitó a señalar *“que la paciente tiene una tensión arterial de 100/60, sin pérdidas transvaginales, sin actividad uterina, con frecuencia cardíaca fetal de 132 por minuto, incumpliendo con la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, al omitir una valoración integral del binomio materno fetal y omitir identificar el foco infeccioso grave para el binomio madre-producto”*.

26. V1 permaneció toda la noche sin vigilancia estrecha (sin poder especificar el servicio médico que la estaba tratando), y hasta las 9:30 horas del 9 de julio de 2012, fue valorada por AR5 (médico del que no se señaló la especialidad), el cual

indicó que V1 presentó *“un vómito, sin especificar las características de éste”* (si era de contenido alimentario o biliar), la reportó con tensión arterial de 130/80, frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto, y al palpar el útero lo encontró grávido hipertónico (aumento del tono uterino); empero omitió verificar si había actividad uterina (contracciones). Indicó la misma administración de orciprenalina y solicitó una ultrasonografía, pero no de forma urgente a pesar de que la paciente presentaba una infección con foco no determinado y polihidramnios, con lo que puso *“en riesgo al binomio madre-producto”*, por tratarse de una emergencia obstétrica.

27. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que V1 continuó sujeta a *“un manejo inadecuado”*, debido a que no se advierte una vigilancia estrecha, como lo demuestra el hecho de no haber documentado el momento en que V2 presentó bradicardia y sufrimiento fetal, *“diagnósticos que ameritaban interrupción inmediata del embarazo mediante una operación vía cesárea”*; sin embargo, fue hasta las 15:30 horas del día 9 de julio de 2012, esto es, 6 horas después de haber sido valorada por AR5, que AR6 (médico de la que tampoco se indica especialidad ni servicio), estableció el diagnóstico de bradicardia fetal 1 persistente, sin hipertonia uterina y solicitó que V1 bajara a la unidad de tococirugía (UTQ) de forma urgente para que se le realizara el registro cardiotocográfico (método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas), un perfil biofísico (método ecográfico basado en un sistema de puntuación, utilizado en la medicina para determinar el bienestar de un feto durante un embarazo de alto riesgo), y de acuerdo a los resultados de los mismos se valorara la interrupción del embarazo vía abdominal.

28. Se observa que AR6 no dio seguimiento al caso con lo que se establece que no se realizaron los estudios señalados en el párrafo anterior, omitió oxigenar a V1

para disminuir en la medida de lo posible la asfixia perinatal y excluyó practicar una operación por cesárea urgente, lo que tuvo como consecuencia la pérdida del producto de la gestación. *“La presencia de bradicardia fetal es una emergencia obstétrica y por lo tanto una indicación absoluta para la realización de la cesárea urgente”*; en el caso en particular la cirugía fue realizada de forma tardía debido a que la indicación de pasar a V1 para que se le practicara la cesárea fue hasta las 17:00 horas, es decir, una hora con treinta minutos después de haberse identificado la presencia de bradicardia fetal, tiempo suficiente para que se presentara la pérdida de V2 dentro del seno materno (óbito). En este sentido, la práctica oportuna de la intervención quirúrgica le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia al producto de la gestación.

29. Previo consentimiento informado y en base a la “Hoja de descripción de técnica” quirúrgica se observa que la operación de cesárea fue realizada por AR7, quien señaló que el producto del sexo masculino se extrajo muerto (óbito) a las 17:41 horas, con un peso de 2,050 gramos, talla de 45 centímetros, sin referencia de alteraciones o malformaciones congénitas al exterior; información que permite *“establecer que desde el punto de vista clínico se trataba de un producto sí viable”* al cual no se le brindó la oportunidad de vida al omitir AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, desde el ingreso de V1, diagnosticar que se presentaba un embarazo de alto riesgo. Lo anterior como consecuencia de no haber realizado el protocolo adecuado para investigar las causas de los vómitos y del malestar general de 6 días de evolución que V1 presentaba, *“sintomatología que fue motivo de la consulta.”*

30. *“La posible muerte del producto dentro del seno materno (óbito) era previsible”* si se hubiera atendido y diagnosticado a tiempo el embarazo de alto riesgo lo que pasó inadvertido por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 quienes brindaron una inadecuada atención médica a V1, que derivó en la afectación y pérdida del

producto de la gestación, V2, a pesar de encontrarse en un hospital con especialidad en ginecoobstetricia y con personal capacitado para diagnosticar y tratar embarazos de alto riesgo. El manejo médico inadecuado que recibió V1 también se confirmó con la descripción de la técnica quirúrgica elaborada por AR7, en la que describió la presencia de un mioma gigante (crecimiento del músculo del endometrio) en la pared lateral derecha del útero de aproximadamente 15 centímetros del cual se omitió mencionar el tratamiento que se le brindó al mismo, hallazgo que no modificó de modo alguno la muerte del producto pero sí evidenció la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1.

31. AR7 indicó que la placenta se encontraba con múltiples calcificaciones; sin embargo, el ultrasonido realizado el día 8 de julio de 2012 no reportó la presencia de las mismas, sólo indicó que la placenta presentaba un grado de madurez de III y un índice de líquido amniótico de 9 centímetros (normal 3-8), es decir, sugerente de un polihidramnios (más cantidad de líquido amniótico de lo normal), mientras que AR7 señaló en la nota postquirúrgica que se encontró con oligohidramnios severo (menos cantidad de líquido amniótico de lo normal) de 0 a 2 centímetros, lo cual demuestra la falta de vigilancia obstétrica estrecha en una paciente con embarazo de alto riesgo que evolucionó a una emergencia obstétrica, lo que evidenció que pasó inadvertido *“el momento en el cual se rompió el saco amniótico”* y se produjo *“la salida del líquido amniótico, de tal manera que cuando se realizó la operación cesárea”*, AR7 reportó el oligohidramnios severo.

32. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional, observaron que el hecho de que la ruptura del saco amniótico haya pasado desapercibida, condicionó que se presentara otra complicación del embarazo muy grave denominada corioamnioititis (infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, que es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la

sepsis neonatal), complicación grave que pasó inadvertida para los médicos tratantes y en particular por AR7.

33. En relación a la pérdida de V2, quedó establecido en el certificado de muerte fetal que se derivó por afectación de oligohidramnios, complicación que era previsible y no se observó por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 debido a que no detectaron a tiempo la ruptura del saco amniótico. Igualmente, se señaló como causa de su pérdida la interrupción de la circulación materno fetal, sin fundamento clínico-médico para sustentar esta patología, ya que no se indicó que V2 hubiese presentado problemas con el cordón umbilical, desprendimientos placentarios o malformaciones congénitas, aunado a que las calcificaciones placentarias no se corroboraron por no contar con el reporte histopatológico de esa pieza quirúrgica.

34. De lo expuesto se estableció que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, desde el ingreso de V1, incumplieron con la aplicación de la referida Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 y de la mencionada *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”*, debido a que no realizaron un adecuado interrogatorio, no determinaron si se trataba de un embarazo normoevolutivo, no calificaron el riesgo obstétrico, ni practicaron ultrasonidos previos o estudios de laboratorio. Tampoco definieron si se aplicó toxoide tetánico, no descartaron algún compromiso fetal o placentario, ni advirtieron el momento de la ruptura de membranas, ni indicaron el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal y presión arterial cada diez minutos, excluyeron oxigenar a V1, no previeron ni detectaron los riesgos para su salud y la de V2, ya que debieron establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo y atender la emergencia obstétrica, causando, con tales omisiones, la pérdida del producto de la gestación, V2.

35. De la causa de pérdida fetal intrauterina (óbito), los peritos médicos de este Organismo Nacional observaron que la misma “*se debió a oligohidramnios severo y proceso infeccioso agregado que no fue diagnosticado ni manejado adecuada y oportunamente*” por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 como ya se señaló, a pesar de que V1 se encontraba en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 que cuenta con el personal médico y la infraestructura especializada para atender este tipo de complicaciones graves.

36. Esta Comisión Nacional advierte que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, dejaron de observar el contenido de la citada Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, la cual ha sido referida en sus Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 5/2015 y 7/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia de llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica al indicarse que el personal médico debe detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto, dar un correcto seguimiento del embarazo y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso no se llevaron a cabo.

37. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional, prevenir la aparición de complicaciones, mejorar la sobrevivencia materno-infantil, la calidad de vida y brindar una atención con mayor calidez.

38. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, del 23 de abril de 2009, afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “*el*

desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad". También consideró que "Reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud". Este Organismo Nacional advirtió, además, "el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado".

39. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 sobre *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, en el apartado relativo a *"La mujer y el derecho a la salud"* indicó que: *"21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular*

en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.”

40. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. El personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 involucrado en el presente caso, debió considerar el estado integral de la paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero sobre el embarazo de alto riesgo que cursaba y con ello, proporcionarles a V1 y V2 la atención médica que requerían con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

41. En el presente caso, fue transgredido el derecho a la protección de la salud de V1, lo cual derivó en la pérdida del producto de la gestación, V2. Sobre el particular, los artículos 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 12 de mayo de 1981; 10.1, 10.2, incisos a., b. y d., del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948, en Bogotá, Colombia; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las

Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendida como el más alto nivel de bienestar físico, social y mental; la necesidad de asegurar el más alto nivel de este derecho para todos los individuos, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad. Siendo aplicables, además, los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y vigente en México desde el 20 de mayo de 1981; 4.1 en relación con el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”) del 22 de noviembre de 1969 y vinculante para México desde el 7 de mayo de 1981; y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la ONU el 10 de diciembre de 1948.

B. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA POSTQUIRÚRGICA POR CESÁREA.

42. El manejo médico que posterior a la cesárea se le brindó a V1 fue inadecuado, porque la paciente presentó un proceso infeccioso grave en cavidad uterina denominado corioamnionitis considerado como una sepsis puerperal (infección del tracto genital que ocurre en el periodo transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días post parto), respecto de la cual se le administró tratamiento de doble esquema de antimicrobianos por presentar fetidez de la cavidad uterina, sin que se tenga constancia escrita en el expediente clínico de que se hubiese tomado muestra para cultivo y confirmar la existencia del proceso infeccioso a nivel de cavidad uterina, con lo que se observó que se omitió la aplicación de las recomendaciones contenidas en la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”*, publicada en 2009, por el Consejo de Salubridad General y que también está incluida en el Catálogo

Maestro del IMSS, con la clave 272-10, en la que se señala que este tipo de pacientes deberán iniciar tratamiento a base de esquemas de antibiótico de amplio espectro, teniendo como primera elección el uso del antibiótico denominado carbapenémicos.

43. A las 23:15 horas del día 9 de julio de 2012, V1 ingresó al tercer piso del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 en donde fue atendida por AR8 (médico del que se desconoce especialidad), quien le realizó una exploración en la que se concretó a indicar que los loquios (sangre, moco y tejido vaginal postcesárea) eran escasos, omitiendo señalar las características de los mismos como lo son el olor, color y cantidad, además de que descartó solicitar estudios de laboratorio como la biometría hemática, pruebas de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático y valoración urgente por especialista en terapia intensiva.

44. A las 10:10 horas del 10 de julio de 2012, AR9 (quien no precisó cargo) solicitó la toma de biometría hemática completa y tiempos de coagulación, continuando el esquema de doble antibiótico a base de clindamicina y cefotaxima, cuando lo indicado era la administración de antibióticos del tipo de carbapenémicos como el imipenem, de acuerdo a lo que establece la *Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal"*; además, omitió solicitar pruebas de funcionamiento hepático, ya que los tiempos de coagulación se reportaban alargados desde el 8 de julio de 2012, de haberlo hecho se hubiese percatado que V1 presentaba alteraciones severas compatibles con un proceso séptico, es decir, una infección grave y generalizada que puso en peligro la vida de la paciente. A las 16:55 horas del 10 de julio de 2012, AR10 ordenó la transfusión de dos paquetes de plasma a V1, sin dejar asentado, en la nota de evolución, el fundamento clínico para la transfusión.

45. El estado clínico de V1 se deterioró y el 11 de julio de 2012 a las 12:00 horas, AR9 la reportó con distensión abdominal muy importante, peristalsis disminuida (movimientos intestinales disminuidos), herida quirúrgica bien afrontada pero con secreción amarillenta, al tacto vaginal loquios no fétidos, integrando hasta esa fecha el diagnóstico de corioamnioitis y probable íleo postquirúrgico, e indicó continuar con el manejo de los antibióticos establecidos; pero omitió la toma de muestra para cultivo, aun cuando estaba indicado para V1 por la sepsis puerperal que cursaba, para posterior ajuste adecuado de antimicrobiano.

46. AR9 señaló que en el reporte de laboratorio de tiempos de coagulación, éstos se encontraban alargados con un tiempo de protrombina de 16.5 segundos (normal 11.5 a 13.5) y el tiempo de tromboplastina parcial de 78.7 segundos (normal de 35 a 43), leucocitos de 22,900, indicativo de proceso séptico instalado, por lo que reportó a V1 como delicada y solicitó pruebas de funcionamiento hepático para el siguiente día, sin embargo, omitió *“solicitar valoración urgente por medicina interna y/o terapia intensiva”* a pesar de tener criterios para ello, como la sepsis puerperal por corioamnioitis postquirúrgico mediato que V1 presentaba.

47. El 11 de julio de 2012 a las 11:34 horas se le realizó a V1 un ultrasonido pélvico, el cual reportó que el útero se encontraba en condiciones de normalidad con presencia de líquido desde la cavidad abdominal al hueco pélvico, razón por la que programó se le practicara una laparotomía exploradora (LAPE), siendo ésta una cirugía abdominal para la búsqueda del origen de la colección de líquido, patología que era una urgencia quirúrgica que se llevó a cabo a las 14:40 horas de ese día por parte de AR11 y AR12, encontrando colección abdominal de líquido de 500 centímetros cúbicos, sin que se cuente con evidencia escrita de que se hubiera enviado muestra para histopatología y se determinara el origen del líquido en la cavidad; además, se le realizó colecistectomía (extracción quirúrgica de la vesícula biliar), por encontrarla de 7X3 centímetros (normal de 5X7) con lodo biliar.

48. Durante el transquirúrgico de laparotomía exploratoria se le tomaron a V1 muestras de pruebas de funcionamiento hepático las cuales salieron alteradas, lo que significó que el proceso de sepsis puerperal evolucionó a una falla orgánica múltiple (una disfunción progresiva y en ocasiones secuencial de sistemas fisiológicos en presencia de un cuadro de sepsis sistémica que afecta órganos “*blanco*” como lo son el hígado, riñón, pulmón, páncreas y cerebro), entidad de alta mortalidad que pasó desapercibida por los médicos tratantes; también se describió inflamación de páncreas, integrando diagnóstico de pancreatitis, complicaciones que ameritaban un *“manejo médico urgente, en un servicio de terapia intensiva y en un hospital de tercer nivel de atención”*.

49. El 11 de julio de 2012 se llevó a cabo el traslado de V1 al Hospital General Regional No. 220, donde fue ingresada a la sala de “*choque*” con estado de gravedad extrema, sitio en el que fue valorada adecuadamente por un especialista en cuidados intensivos quien integró el diagnóstico de choque mixto e ingresó a V1 de inmediato a hospitalización con manejo multisistémico y multiorgánico, toma de laboratoriales de control que confirmaron una coagulación intravascular diseminada con datos de CID (coagulación intravascular diseminada, estado de gravedad en el cual se consumen las plaquetas condicionando un estado hemorrágico severo), probable pancreatitis y sangrado de tubo digestivo alto (STDA), *“todas estas complicaciones derivadas del proceso séptico denominado sepsis puerperal que no fue diagnosticado ni tratado de forma correcta y oportuna en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221”*.

50. De manera correcta e inmediata le fueron transfundidos a V1 dos plasmas frescos congelados, cinco concentrados plaquetarios y una unidad de concentrado eritrocitario, se le valoró adecuadamente por los servicios de neurología, neurocirugía y ginecología, además de realizarse tomografía tóraco abdominal por presentar derrame pleural como complicación de la falla orgánica múltiple, también

fue valorada por especialista en hematología, por presentar trombocitopenia (disminución de las plaquetas), manejo que permitió una transitoria mejoría, siendo trasladada el 17 de julio de 2012 en mejores condiciones a un hospital de tercer nivel.

51. A las 22:50 horas de 17 de julio de 2012, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades “*Dr. Antonio Fraga Mouret*” del Centro Médico Nacional “*La Raza*” del Distrito Federal, en donde permaneció hasta el 27 de ese mes y año, con tratamiento de la falla renal, hepática y neurológica, evolucionando de forma favorable y permitiendo su traslado por mejoría al de cirugía general, en el que permaneció 3 días más, con manejo médico adecuado, seguimiento y vigilancia estrecha, egresando el 30 de julio de 2012.

52. El 31 de julio de 2012, V1 ingresó al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, donde se le dio seguimiento y tratamiento médico a sus problemas gastrointestinales, continuó con tratamiento para la función hepática y rehabilitación por dolor en muñeca derecha al presentar tendinitis *De Quervain* (irritación de los tendones en la base del pulgar, secundario a una canalización prolongada), siendo adecuado el manejo que recibió, como lo confirmó el ultrasonido de hígado y vías biliares que se le practicó el 10 de enero de 2013, en el que los resultados los reportaron dentro de límites normales.

53. Respecto de la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General Regional No. 220 y en el Centro Médico Nacional “*La Raza*”, los peritos médicos de este Organismo Nacional determinaron que fue adecuada, y que salvó la vida de V1, a pesar de la falla orgánica múltiple que presentaba, considerada de alta mortalidad, resultado del manejo médico inadecuado que recibió en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, y con un seguimiento médico correcto en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.

54. En suma, las irregularidades de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 en la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, no permitieron establecer un diagnóstico adecuado de la salud en la que se encontraba el binomio materno-fetal y de la urgencia obstétrica que requería, lo que implicó que no se diera un tratamiento médico oportuno, propiciando el sufrimiento fetal del producto de la gestación, V2, y su posterior pérdida, así como las complicaciones que V1 presentó en su salud y que pusieron en riesgo su vida; convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida del producto de la gestación, V2, y con ello la responsabilidad que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del IMSS.

55. Este Organismo Nacional también determina que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* y de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”* supracitadas, cuya finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, unificando criterios de diagnóstico y tratamiento que permitan la disminución de la mortalidad perinatal, de las secuelas y mortalidad materna, además de favorecer una mejor efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas, el cual es el objeto central de los servicios de salud.

56. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, y en el deterioro de la salud de V1 por inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea, lo que trasgrede lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º,

párrafo cuarto, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; 1°, 2°, fracciones I, II y V, 3°, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la *Ley General de Salud*; 8°, fracciones I y II, 9°, 48 y 99 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*; 7, 43 y 90 del *Reglamento de Prestaciones Médicas* del IMSS; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “*Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio*”, de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* y de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”*.

57. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 también incumplieron las obligaciones contenidas en los artículos 8°, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

58. En los numerales 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado el 16 de diciembre de 1966 y vinculante para México desde el 12 de mayo de 1981; 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) adoptado por la OEA el 17 noviembre de 1988, y vinculante para México desde el 1° de septiembre de 1998; 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la ONU el 18 de diciembre de 1979, y vigente en México desde el 12 de mayo de

1981; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la ONU el 10 de diciembre de 1948; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948 en Bogotá, Colombia, se señala la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad y de adoptar para tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de las mujeres embarazadas. Los referidos artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, señalan que: *“Los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a servicios de atención médica”,* garantizando *“a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”*.

C. VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

59. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que la indebida atención de V1, se tradujo en violencia institucional por parte de diversos médicos de ese Instituto, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, tienen la obligación de evitar *“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”*, entre ellas, la obstétrica, *“aplicar las*

normas oficiales mexicanas vigentes en la materia” y “respetar los derechos humanos de las mujeres”.

60. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)¹, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética ha definido a la violencia obstétrica como *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*.¹ Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida.

61. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz (Artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (Artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato (Artículo 5,

¹ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág. 47.

fracción VIII); en 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el Estado de Durango (Artículo 6, fracción III); y en 2014 la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (Artículo 5, fracción VI); asimismo en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo (Artículo 5 fracción VII); y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas (Artículo 3, inciso f).

62. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian debido a que son una constante en la atención que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, son quienes finalmente deciden sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión, en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos por nacer.

63. Con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, este Organismo Constitucional Autónomo, en el Seminario Internacional *“Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna”* de septiembre de 2014, en el que se inició la *“Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica”*, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios *“con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad”* en el rubro de la salud.

64. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas, y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.

65. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de

protección de la salud. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de 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*”.

66. Se pudo corroborar por esta Comisión Nacional, que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron los derechos humanos a la protección de la salud y el derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), ya que tenían a su cargo el deber de cuidado de V1 y V2, en su calidad de garantes del derecho a la protección de la salud de las víctimas, que deriva de los artículos 33, fracciones I y II, de la *Ley General de Salud*, que en términos generales establece que “*Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica*”; y “*II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno*”; mientras que el artículo 61 Bis dispone que “*Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos*”.

67. La violencia obstétrica ejercida contra V1, vulneró sus derechos a la integridad personal (física, psíquica y moral) y a la protección de su salud, previstos en los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 5 en conexión con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada por la OEA el 22 de noviembre de 1969, que entró en vigor para el Estado mexicano el 24 de marzo de 1981; 1, 2, 3,

10.1, 10.2.a., 10.2. b., 10.2.c.,10.2.f. del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; I, II y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; de cuya interpretación integral resulta que el Estado, a través de sus instituciones públicas de salud, está obligado a garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a servicios de salud acordes a sus necesidades derivadas de su embarazo, parto y puerperio. De igual forma, se trasgredió lo dispuesto por los artículos 3, 4, incisos b) y e); 7, incisos a) y b) de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará”, adoptada por la OEA el 9 de junio de 1994, que entró en vigor para el Estado mexicano el 24 de marzo de 1981, que establecen el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer; y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

D. INOBSERVANCIA DE LA NORMATIVIDAD SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

68. No pasó desapercibido el hecho de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 médicos que tuvieron a su cargo a V1 y V2, incumplieron con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 “*Del expediente clínico*”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de este pronunciamiento, debido a que sus notas médicas son ilegibles, carecen de horarios, firma, fechas, signos vitales, membretes de la unidad, servicio tratante de los médicos, nombres, cargos y especialidades. Las irregularidades advertidas en la integración de los expedientes clínicos constituyen una constante preocupación

para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello, el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

69. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 “*Del expediente clínico*”, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015 en las que se señalaron, precisamente, las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando omiten realizar las notas médicas correspondientes o las mismas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

70. La sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*” de 22 de noviembre de 2007 emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere “*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta*

materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

71. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero, además, otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; 44, párrafo segundo, de la *Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, y 1, 2 y 9 de la *Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado*, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la *Ley General de Víctimas*; y artículos 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención

a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, y que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

72. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos antes mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1, puesto que la pérdida del producto de la gestación, V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia de 27 de noviembre de 1998 (*Reparaciones y Costas*), Caso Loayza Tamayo contra Perú, concibió “*el proyecto de vida*” como “(...) *la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial.*”²

73. Por otra parte, la atención médica y psicológica que se preste a V1, conforme a la *Ley General de Víctimas*, deberá ser proporcionada por personal profesional

² Párrafos 147, 148.

especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad victimológica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

74. Los cursos de capacitación y manuales señalados en los puntos Segundo y Tercero Recomendatorios deberán proporcionarse a todo el personal que labora en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, aunado a que se deberán buscar estrategias para que dichos cursos y manuales sean extensivos al personal que labora en todos los nosocomios del IMSS en el Estado de México. Éstos deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Dichos cursos deberán prestarse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y atención de urgencia a mujeres con embarazo de alto riesgo. De igual forma, los manuales y cursos referidos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, ello con el objetivo de permitir su consulta de forma accesible y lograr una mayor difusión e impacto por medio de este material.

75. 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”* adoptados por la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece

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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

76. En su sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), “Caso Espinoza González vs. Perú”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó “(...) *que las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*”³

77. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte.*”⁴

³ Párrafos 300 y 301.

⁴ Párrafo 175.

En el presente caso, los hechos descritos constituyen una infracción al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2.

78. A efecto de calificar el cumplimiento del punto Cuarto Recomendatorio, relacionado con la colaboración en la denuncia que presentará este Organismo Nacional, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente han realizado, atendiendo los requerimientos de la instancia investigadora de forma oportuna y completa. Además, deberán realizarse las acciones correspondientes a efecto de que se inicien las investigaciones penales en contra de todos los servidores públicos señalados en el cuerpo de la presente Recomendación.

79. Finalmente, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital

de Gineco Obstetricia No. 221, involucrado en los hechos, derivado de la violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, y se le proporcione atención médica, psicológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta, en los hospitales del IMSS en el Estado de México a su cargo, especialmente en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como de las Guías Prácticas Clínicas emitidas por el Consejo de Salubridad General, las cuales se incluyen en el Catálogo Maestro del IMSS, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya la elaboración y repartición de manuales a los servidores públicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida a los médicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, en la que se disponga entregar copia de la certificación o, en su caso, recertificación que se tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la *Ley General de Víctimas*, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

81. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

82. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional en el término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

83. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, o a las legislaturas de las entidades federativas según corresponda, su comparecencia para que expliquen las razones de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ