



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 24 / 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 GENERAL DE ZONA No. 32 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL DISTRITO FEDERAL.

México, D. F., a 29 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 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, fracción 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 en el expediente CNDH/1/2014/795/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 se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 08 de diciembre de 2013 (sin que se precise la hora) V1, mujer de 36 años de edad, fue valorada en el servicio de admisión del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal, debido a que presentaba dolor abdominal y le diagnosticaron gastritis, sin embargo, ante la persistencia de la sintomatología, es decir, que continuaba con el dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de doce horas de evolución, acudió nuevamente a valoración a la Unidad de Tocoquirúrgica del referido hospital el 09 de diciembre de 2013 a las 10:00 horas.

4. AR1 en la exploración física encontró a V1 con embarazo de 20.2 semanas de gestación y factores de riesgo: edad materna de 36 años, cervicovaginitis, amenaza de parto prematuro, probable gastroenteritis infecciosa y estableció pronóstico reservado a evolución.

5. El mismo día a las 14:30 horas, V1 fue valorada nuevamente por AR1, quien ordenó realizar laboratoriales para determinar el origen del dolor abdominal hipogástrico que presentaba; al obtener los resultados que mostraron hiperglicemia de 145 mg/dl (normal hasta 100 mg/dl), AR2 indicó a V1 tratamiento para diabetes mellitus gestacional y su pase a piso para complementar estudios, la reportó delicada, con pronóstico reservado a evolución y determinó su traslado a una unidad médica de alta especialidad (Tercer nivel de atención).

6. V1 permaneció hospitalizada en ginecología y obstetricia, al encontrarse estable, causó alta el 10 de diciembre de 2013, con indicación de control y seguimiento del embarazo, cita a consulta externa de ginecología en dos semanas con resultados de estudios programados y cita abierta a urgencias.

7. El 11 de diciembre de 2013, V1 acudió de nueva cuenta al referido hospital, donde fue valorada por AR3 y MR1 (médico residente de primer grado) quienes hicieron constar en la nota médica que V1 presentaba embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, por ello, indicaron la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos y realizar exámenes de laboratorio completos.

8. El 16 de diciembre de 2013, AR10 le práctico a V1 intervención quirúrgica de apendicectomía abierta, donde encontró “*líquido purulento diseminado en cavidad abdominal...*”, precisó compromiso de vida binomio madre-hijo que ameritaba urgente traslado a tercer nivel. Desde su ingreso, los médicos que atendieron a V1 establecieron diagnóstico reservado a evolución.

9. El 30 de diciembre de 2013, V1 presentó dolor hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales, por lo que AR21 médico ginecólogo ordenó su pase a la Unidad de Tocoquirúrgica, donde a las 08:11 horas se obtuvo a V2 (producto masculino óbito), de quien se señaló en el certificado de muerte fetal como causas de su deceso: *inmadurez extrema*.

10. El 2 de enero de 2014, Q1 presentó queja vía telefónica en este Organismo Nacional, donde se radicó el expediente CNDH/1/2014/795/Q, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó los informes y expediente clínico que remitió el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona No. 32 del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja presentada vía telefónica el 2 de enero de 2014, por Q1 ante esta Comisión Nacional.

12. Oficio 095217614621/521 de 13 de marzo de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó copia del diverso sin folio del 7 del mismo mes y año, signado por el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona N° 32 de ese Instituto en el Distrito Federal, relativo al resumen clínico y diagnóstico de V1, así como el nombre del personal médico que intervino en su atención. Asimismo, anexó copia del expediente clínico de V1 del que destacan las constancias siguientes:

12.1 “Nota de ingreso a UTQ” (Unidad Tocoquirúrgica) de las 10:00 horas de 09 de diciembre de 2013, suscrita por AR1.

12.2. Nota de evolución vespertina de las 14:30 horas del 09 de diciembre de 2013, signada por AR1, en la cual señaló que V1 presentaba amenaza de aborto y ordenó recabar los resultados de los exámenes de laboratorio para determinar el origen del dolor abdominal hipogástrico motivo de la consulta.

12.3 Nota a UTQ vespertina de las 15:00 horas de 09 de diciembre de 2013, en la que AR2 asentó la hospitalización de la paciente en piso de Ginecología y Obstetricia, indicó tratamiento de diabetes mellitus gestacional y la reportó delicada con pronóstico reservado de evolución, así como su traslado en tercer nivel de atención.

12.4 “Nota de egreso de Ginecología y Obstetricia” de 10 de diciembre de 2013, suscrita por SP1.

12.5 Nota de ingreso a UTQ de las 19:35 horas de 11 de diciembre de 2013, en la que AR3, médico de base de Ginecobstetricia del Hospital General de Zona No. 32 (no aparece el nombre completo del doctor, cargo y rango) y MR1, mediante la cual indicaron que la paciente presentó gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, con pronóstico reservado a evolución.

12.6 Nota de valoración de ginecología de las 3:20 horas de 12 de diciembre de 2013, suscrita por AR1 (no aparece el nombre completo del doctor, cargo, rango y con matrícula ilegible) en la que estableció pronóstico reservado a evolución.

12.7 Nota médica de las 07:30 horas de 12 de diciembre de 2013, en la que AR4, médico de base de Ginecobstetricia (no aparece el nombre completo cargo, rango y con matrícula ilegible) y MR2 del Hospital General de Zona No.32, reportaron a V1 con abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior.

12.8 Nota médica de las 14:30 horas de 12 de diciembre de 2013, en la que AR2 (omitió anotar su nombre completo y matrícula) y MR2, asentaron: paciente con probable infección urinaria, dolor cólico en hipogastrio, solicitaron urocultivo y establecieron pronóstico reservado a evolución.

12.9 Nota de evolución matutina de 13 de diciembre de 2013, suscrita por AR5, en la que descartó diabetes gestacional e indicó la alta de V1 de endocrinología y sugirió interconsulta a medicina interna.

12.10 Nota médica de las 07:30 horas de 14 de diciembre de 2013, en la que AR4, médico de base de Ginec Obstetricia (no aparece el nombre completo cargo, rango y matrícula) y MR2, indicaron continuar con antibioterapia y solicitaron interconsulta por medicina externa.

12.11 Nota de valoración de medicina interna de las 12:50 horas de 14 de diciembre de 2013, signada por AR6, en la que señaló corregir en V1 el desequilibrio electrolítico, tomar ultrasonido renal y vesical, electrolitos, examen general de orina, cobertura antimicrobiana, gasometría arterial y quedó como interconsultante.

12.12 Nota médica de las 13:35 horas de 15 de diciembre de 2013, en la que AR7 (omitió asentar de manera legible su nombre completo, cargo, rango y matrícula) descartó apendicitis modificada en V1 por antibióticos y analgésicos.

12.13 Nota de cirugía general de las 17:50 horas de 15 de diciembre de 2013, en la que AR8 (omitió anotar su matrícula legible) refirió que V1 presentó dolor abdominal y cólico de cuatro días de evolución de inicio en epigastrio e indicó mantener ayuno por 24 horas sin analgésico y antibiótico.

12.14 Nota de evolución de las 07:30 horas de 16 de diciembre de 2013, firmada por AR9 médico de base de Ginec Obstetricia (omitió anotar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR2, en la que asentaron probable proceso apendicular en V1, se le retiraron analgésicos y antibióticos, y se ordenó una valoración por cirugía.

12.15 Ultrasonido obstétrico practicado a V1 a las 07:40 horas de 16 de diciembre de 2013, por SP2, el cual mostró embarazo con producto único vivo de 20.3 semanas de gestación, con fecha probable de parto el 02 de mayo de 2014.

12.16 Nota de evolución de cirugía general de las 08:00 horas de 16 de diciembre de 2013, suscrita por AR10 y MR3, en la cual registró que V1 presentaba abdomen agudo e indicó laparotomía exploradora y ordenó su pase a quirófano.

12.17 “Carta de consentimiento bajo información“ de apendicectomía, elaborada el 16 de diciembre de 2013, por el médico tratante.

12.18 “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” elaborada el 16 de diciembre de 2013, por AR10, en la que se indicó apendicectomía abierta y manejo urgente al tercer nivel.

12.19 Nota de ingreso a recuperación de UTQ de las 14:00 horas de 16 de diciembre de 2013, en la que AR11 precisó que una vez estabilizada la paciente se enviaría al tercer nivel.

12.20 Solicitud de referencia al Hospital de Ginec Obstetricia No 4 de las 17:00 horas de 16 de diciembre de 2013, suscrita por AR12.

12.21 Nota de cirugía de 17 de diciembre de 2013, suscrita por AR10 en la que solicitó trasladar a V1 al tercer nivel de atención.

12.22 Nota de cirugía general de las 11:00 horas de 17 de diciembre de 2013, signada por AR10 en la que estableció manejo al tercer nivel por servicio de cirugía general y ginecología por compromiso del binomio madre-hijo.

12.23 Nota de ingreso a piso de las 12:00 horas de 17 de diciembre de 2013, suscrita por AR13 en la que indicó trasladar a V1 al tercer nivel, sin embargo, el Centro Médico Nacional [Siglo XXI] del Hospital de Especialidades, no aceptó su transferencia por encontrarse sin espacio físico en la unidad, como se advierte de la llamada telefónica realizada por AR13.

12.24 Nota agregada de las 16:11 horas de 17 de diciembre de 2013, firmada por AR14 y AR15 (omitieron asentar sus nombres completos y matrículas), así como MR4 en la que registraron a V1 en el servicio de cirugía como tratante y en ginecología y obstetricia como interconsultante. En la misma fecha ingresó a cirugía general.

12.25 Nota continúa en ginecología de las 11:45 horas de 18 de diciembre de 2013, en la que AR11 y MR4 calificaron a la paciente con riesgo alto obstétrico de 12 puntos por cirugía pélvica, apendicitis perforada y edad materna.

12.26 Nota de evolución vespertina (ginecología) de las 14:30 horas del 19 de diciembre de 2013, suscrita por AR12 (omitió su nombre completo y su matrícula es ilegible) y MR4, en la que solicitaron ultrasonido de control al día siguiente y establecieron pronóstico reservado a evolución.

12.27 Nota de ginecología de las 09:00 horas de 20 de diciembre de 2013, en la que AR16 (omitió su nombre completo) y MR4 asentaron el ultrasonido que se realizó a V1, el cual mostró un producto único, vivo, con actividad cardíaca y somática de 21.2 semanas de gestación.

12.28 Nota de evolución de cirugía general de las 15:00 horas de 21 de diciembre de 2013, signada por AR17 (omitió su nombre completo y su matrícula) y MR3, en la que reportaron a la paciente con signos vitales estables, herida quirúrgica, salida de material turbio que ameritó retiro de puntos y solicitaron ultrasonido abdominal.

12.29 “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” emitida el 23 de diciembre de 2013, por AR10 (omitió asentar su nombre completo y su matrícula), en la cual señaló que se realizó a V1 lavado de cavidad abdominal y cierre de pared y que encontró aponeurosis debilitada y despulida.

12.30 Ultrasonido obstétrico que SP4 realizó a V1 a las 11:59 horas de 24 de diciembre de 2013, que mostró producto único vivo de 21.3 semanas de gestación.

12.31 Nota de cirugía general de las 07:00 horas de 26 de diciembre de 2013, suscrita por AR18 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la cual reportó a V1 con herida quirúrgica y abundante exudado purulento por los drenajes.

12.32 Nota de valoración ginecología de las 07:30 horas de 26 de diciembre de 2013, suscrita por AR13, médico de ginecología (omitió asentar su nombre completo,

cargo, rango y matrícula), en la cual se reportó a la paciente con drenaje turbio hematurpuroso.

12.33 Nota de evolución de cirugía general de las 07:00 horas de 27 de diciembre de 2013, en la que AR19 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR3 reportaron a la ofendida con gasto purulento.

12.34 Nota de valoración de ginecología de las 09:30 horas de 28 de diciembre de 2013, en la que AR7 describió el ultrasonido realizado a V1, el cual mostró frecuencia cardíaca fetal normal, líquido amniótico en cantidad y calidad normales, sin datos de infección intramniótica.

12.35 Nota de evolución de cirugía general de las 20:00 horas de 28 de diciembre de 2013, en la que AR20 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR3 encontraron a V1 con pico febril de 38° C y penrose con gasto purulento.

12.36 Nota de ginecología interconsulta del turno nocturno de las 00:34 horas de 30 de diciembre de 2013, en la que AR21 (omitió anotar su nombre completo) advirtió que la paciente presentaba manchado genital rosado.

12.37 Nota médica de las 05:00 horas de 30 de diciembre de 2013, en la que AR21 (omitió anotar su nombre completo) señaló que la víctima reinició con dolor cólico hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales.

12.38 Nota de reingreso a UTQ de las 08:00 horas de 30 de diciembre de 2013, signada por AR11 y MR4, en la que indicaron traslado de la paciente a la sala de expulsión.

12.39 “Hoja de consentimiento informado para atención obstétrica” elaborado el 30 de diciembre de 2013, por AR11, en la que se asentó atención de parto a la paciente.

12.40 “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” emitida el 30 de diciembre de 2013, por AR11, en la que se indicó trabajo de parto LUI (Legrado Uterino Instrumentado) y en el rubro de hallazgos se precisó que a las

08:11 horas se obtuvo producto masculino muerto de 20 semanas de gestación, con peso de 450 gramos y se revisó la cavidad uterina (curetaje o legrado, se usan para eliminar tejido del útero mediante raspado) de V1, sin incidentes con sangrado aproximado de 100cc.

12.41 Certificado de muerte fetal de V2 en el que se estableció como fecha y hora de fallecimiento las 08:11 horas de 30 de diciembre de 2013 y causa del deceso: *inmadurez extrema*.

12.42 Nota de evolución vespertina de las 14:00 horas de 30 de diciembre de 2013, suscrita por AR22, médico de base de ginecología y obstetricia (omitió asentar nombre completo) y MR4, en la que señalaron que la paciente se encontraba estable.

12.43 Nota de cirugía general de las 07:00 horas de 31 de diciembre de 2013, signada por AR17 y MR5, en la que asentaron los resultados del cultivo de la herida quirúrgica de la paciente que fueron recabados el 16 del mismo mes y año.

12.44 Hojas de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 17 al 28 de diciembre de 2013, en las que se anotó que se le suministró clindamicina y ceftriaxona a V1.

12.45 Hoja de revisión de cirugía general de 1 de enero de 2014 y notas de indicaciones médicas de 1 y 2 del mismo mes y año, en las cuales SP3 registró la evolución de la paciente y prescribió medicamentos, por tanto, el 3 del mismo mes y año, AR19 reportó a V1 con buen estado en general y se indicó su egreso del hospital con cita abierta a urgencias.

13. Opinión médica elaborada el 20 de mayo de 2014, por peritos médicos de esta Comisión Nacional sobre la atención que se proporcionó a V1 y a V2 en el Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en el Distrito Federal.

14. Oficio 095217614BB0/1106 de 8 de julio de 2014, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, mediante el cual comunicó que

se gestionó la valuación de secuelas para determinar lo que en derecho corresponda conforme al Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto.

15. Acta Circunstanciada de 29 de julio de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que en la brigada de trabajo efectuada con la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, comunicó que aún no se emitía la resolución correspondiente en la queja médica iniciada por ese Instituto.

16. Acta Circunstanciada del 14 de octubre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que en la brigada de trabajo con la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, se señaló que en breve se informaría el estado que guardaba la queja médica iniciada por ese Instituto.

17. Oficio 095217614BB0/1670 recibido en este Organismo Nacional el 31 de octubre de 2014, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica del IMSS, mediante el cual informa que en relación a la queja administrativa radicada con el número de expediente QC/SUR/DF/00664-4-2014/NC198-4-2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, resolvió "*procedente el caso*", al que adjuntó el diverso 5870 de 31 de julio de 2014, a través del cual se dio vista al Titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en esa Delegación.

18. Actas Circunstanciadas del 23 de marzo, 11 de mayo y 14 de julio de 2015, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V1 no ha recibido reparación del daño por parte de la autoridad administrativa y que en su momento se remitirá información sobre el trámite de la queja.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 02 de enero de 2014, Q1 presentó queja vía telefónica ante este Organismo Nacional, en la que manifestó que el 11 de diciembre de 2013, V1 ingresó al Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro" del IMSS en el

Distrito Federal, debido a que fue intervenida quirúrgicamente por apendicitis aguda, en el que recibió una inadecuada atención médica que le ocasionó afectaciones a su salud y que derivó en la pérdida del producto de la gestación, V2.

20. El 31 de octubre de 2014, este Organismo Nacional recibió el oficio 0952 17614BB0/1670, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica del IMSS, mediante el cual informa que se instauró procedimiento de queja administrativa bajo el expediente QC/SUR/DF/00664-4-2014/NC198-4-2014 y que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto resolvió: “*procedente el caso*”, por lo que dio vista del caso al Titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en esa Delegación mediante el oficio 5870 de 31 de julio del mismo año.

21. El 14 de julio de 2015, Q1 informó a este Organismo Nacional que hasta esa fecha, V1 no ha recibido reparación alguna por parte del IMSS.

IV.OBSERVACIONES

22. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/795/Q, en términos de lo dispuesto en 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 a la protección de la salud, al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación,V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, consistente en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

23. El 11 de diciembre de 2013, aproximadamente a las 19:35 horas, V1 ingresó a la Unidad de Tocoquirúrgica del Hospital General de Zona No. 32, con antecedentes

de amenaza de aborto, diabetes mellitus gestacional, infección urinaria y cervicovaginal; fue atendida por AR3 y MR1 como se advierte de la nota de ingreso en la que asentaron: “segundo embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náusea, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, con motivaciones fetales presentes (dinámica fetal), útero crecido de 20 centímetros con producto único vivo”, por lo que AR3 indicó la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos, toma de exámenes de laboratorio completos (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos), no prescribió antibióticos hasta contar con dichos resultados y estableció pronóstico reservado a evolución.

24. A las 03:20 horas del 12 de diciembre de 2013, a pesar de que AR1 reportó a V1 con náuseas, vómito gastrobiliar, dolor epigástrico, marco cólico, sólo indicó que le suministraran un antiemético (medicamento que evita el vómito) y solicitó ultrasonido de hígado y vías biliares por la mañana; asimismo, estableció pronóstico reservado a evolución, como consta en la nota de la valoración de ginecología, en la que no se aprecia el nombre completo, cargo y número de matrícula de AR1. Esta Comisión Nacional hace la precisión de que AR1 tuvo intervención en la atención médica de V1 el 9 del mismo mes y año, la cual fue adecuada, sin embargo, su responsabilidad institucional es a partir del 12 de diciembre de 2013, debido a la inadecuada atención médica proporcionada a V1.

25. A las 07:30 horas del 12 del mismo mes y año, AR4 y MR2 reportaron a V1 “con abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y elimina proteínas por la orina”, indicaron recolectar orina de 24 horas, dieta fraccionada y vigilancia estrecha, sin embargo, AR4 omitió establecer el origen de la proteinuria, la cual en una paciente embarazada es indicativo de probable alteración renal y no tomó en cuenta el dolor que presentaba en el abdomen con más de 24 horas de evolución, síntoma de apendicitis aguda, que no fue diagnosticado conforme a lo establecido en *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, publicada el 30 de septiembre de 2009 por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 031-8.

26. En la misma fecha, aproximadamente a las 14:30 horas, V1 fue valorada por AR2 y MR2, quienes asentaron en la nota médica los antecedentes descritos, además *“con una probable infección urinaria, aún con dolor cólico en hipogastrio, sin actividad uterina, ni pérdidas transvaginales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por crecimiento uterino con fondo de 20 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm, sonda Foley drenando 150 cc de orina concentrada; la revisó endocrinología por presentar hiperglicemia de 132 mg/dl, cetonas y glucosa por orina”*, por lo cual indicaron continuar con hidratación, dieta, antibióticos, cuidados de enfermería y solicitaron urocultivo, estableciendo pronóstico reservado a evolución. No obstante, pasó desapercibido para AR2 considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica. Esta Comisión Nacional hace la precisión de que AR2 tuvo intervención en la atención médica de V1 el 9 del mismo mes y año, la cual fue adecuada, sin embargo, su responsabilidad institucional es a partir del 12 de diciembre de 2013, debido a la inadecuada atención médica proporcionada a V1.

27. El 13 de diciembre de 2013, AR5 asentó en la nota de evolución matutina que encontró a V1 *“con frecuencia cardíaca de 90 lpm, náuseas, vómito persistente, intolerancia a la vía oral y distensión abdominal”*; realizó bililabstix (prueba rápida en la que una tira reacciona en la orina) que resultó positiva para leucocitos, cetonas y proteínas; descartó diabetes gestacional; agregó que la hiperglicemia reactiva era secundaria a la infección de vías urinarias e indicó su alta de endocrinología y sugirió interconsulta a medicina interna. AR5 omitió realizar un adecuado protocolo de estudio para encontrar la causa de la hiperglicemia o considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención por embarazo de alto riesgo, el dolor abdominal que presentaba, además de las náuseas, vómito persistente, intolerancia a la vía oral, distensión abdominal, que fueron desestimadas.

28. A las 07:30 horas del 14 de diciembre de 2013, AR4 y MR2 señalaron que V1 además de los antecedentes reseñados, *“presentaba distensión abdominal, náuseas, gases, sin tolerar la vía oral, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm (normal hasta 150 por minuto)”*, por lo que indicaron continuar con antibioticoterapia y solicitar interconsulta por medicina interna, sin embargo, de acuerdo a la sintomatología descrita V1 padecía abdomen agudo, que es grave y requería de inmediato cirugía general, que pasó desapercibida para el referido galeno, quien debió revisar los

exámenes de laboratorio previos, solicitar ultrasonido abdominopélvico y obstétrico para establecer un diagnóstico certero y descartar alteraciones fetales o considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica.

29. A las 12:50 horas del 14 de diciembre de 2013, AR6 reportó a V1 *“con embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, infección de vías urinarias, desequilibrio electrolítico, pielonefritis derecha (puntos ureterales positivos indicativos de infección urinaria), drenando orina turbia concentrada, examen general de orina patológico”* e indicó corregir el desequilibrio electrolítico, tomar ultrasonido renal y vesical para descartar colecciones intrabdominales, electrolitos y examen general de orina de control, además de cobertura antimicrobiana de amplio espectro (ceftriaxona) y gasometría arterial, y V1 quedó como interconsultante. AR6 desestimó los factores de riesgo descritos y omitió solicitar los paraclínicos urgentes a efecto de diagnosticar la apendicitis aguda que presentaba V1 y su traslado al siguiente nivel de atención.

30. En la nota médica generada a las 13:35 horas del 15 de diciembre de 2013, AR7 asentó que V1 presentaba *“mayor dolor en fosa iliaca derecha [...] dolor localizado en flanco derecho y fosa iliaca derecha con rebote dudoso [...] neutrofilia de 86, leucocitos de 7200 [...] descartar apendicitis modificada por antibióticos y analgésicos”*; a pesar de ello, AR7 omitió realizar una adecuada exploración física e interrogatorio que le permitiera diagnosticar la apendicitis aguda que padecía V1, de acuerdo con *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*.

31. Además, AR7 no estableció el diagnóstico de embarazo de alto riesgo de V1, no tomó una glicemia capilar y tampoco solicitó ultrasonido obstétrico paraclínico ordenado el día anterior, ni la interconsulta por cirugía general urgente o su traslado al siguiente nivel de atención como lo establece 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”*.

32. En la nota de cirugía general realizada a las 17:50 horas del 15 de diciembre de 2013, AR8 señaló que V1 presentaba *“dolor abdominal, cólico de cuatro días de evolución de inicio en epigastrio, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vómito, subhidratada, con infección de vías urinarias, sin poder interpretar el ultrasonido por no ser valorable debido a la distensión de asas y sin líquido libre o datos de irritación peritoneal francos que justificaran operar a la paciente”*. Agregó, cuidar al binomio madre-hijo, mantener a V1 en ayuno por 24 horas, sin analgésico y antibiótico, así como realizar una nueva valoración para verificar la persistencia o modificación del dolor.

33. Se advirtió que AR8 a pesar de que encontró a V1 con los síntomas descritos, omitió realizar una adecuada semiología del dolor abdominal, explorando e interrogando de manera dirigida a V1 para conocer incremento o migración del dolor, aumento al caminar o toser, rigidez muscular involuntaria, disminución de las peristalsis (contracciones musculares del tracto digestivo), dolor en cuadrante inferior derecho, signos apendiculares positivos (Mc Burney, Psoas, talopercusión), solicitar laboratoriales urgentes (con búsqueda de leucocitosis, bandemia o neutrofilia) para diagnosticar la apendicitis aguda que padecía V1 y que ameritaba cirugía de inmediato de acuerdo con la *Guía de referencia rápida. Diagnóstico de apendicitis aguda*. Además, no detectó los factores de riesgo obstétrico (amenaza de parto prematura, infección de vías urinarias), incumpliendo lo señalado en la Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993*, 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”*.

34. El 16 de diciembre de 2013, a las 07:30 horas, V1 fue valorada por AR9 médico de base ginecobstetricia y MR2, quienes la reportaron con abdomen globoso, distendido y rebote dudoso, precisando que *“se podría tratar de un proceso apendicular por lo que se retiran analgésico y antibiótico, se encuentra en ayuno, se le realizó ultrasonido abdominal, el cual no es valorable, zona apendicular por distensión abdominal y útero a expensas de producto único vivo intrauterino”*, indicaron continuar en vigilancia estrecha, ayuno y valorar nuevamente por cirugía.

35. Se observó que AR9 omitió diagnosticar el embarazo de alto riesgo que presentaba V1 y detectar los factores de riesgo obstétrico y control de otras

patologías con el embarazo, incumpliendo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, 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”*. Asimismo, no realizó una adecuada exploración física abdominal para establecer el proceso apendicular agudo instalado en la paciente desde su ingreso y no solicitó exámenes de laboratorio, además ameritaba una revisión urgente por cirugía general, de acuerdo a lo que establece *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*.

36. El mismo día a las 07:40 horas, SP2 realizó a V1 ultrasonido obstétrico paraclínico que mostró *“embarazo con producto único vivo de 20.3 semanas de gestación, con fecha probable de parto el 02 de mayo de 2014, frecuencia cardíaca rítmica de 136 lpm, placenta normoinsera, líquido amniótico normal”*; sin embargo, los médicos tratantes omitieron solicitar un rastreo sonográfico abdominal como lo señala la *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, que les permitiera diagnosticar la apendicitis aguda que sufría la paciente.

37. Derivado de la inadecuada atención de la paciente por parte de los médicos tratantes, a las 08:00 horas del 16 de diciembre de 2013, AR10 médico de base de cirugía general, reportó a V1 con datos de irritación (inflamación) peritoneal y rebote positivo, es decir, datos francos de abdomen agudo, por lo que ordenó su pase a quirófano.

38. Este mismo día, previa firma de carta de consentimiento bajo información, se realizó a V1 una laparotomía exploradora en la que AR10 encontró lo siguiente: *“apertura de peritoneo con salida de líquido purulento abundante, se toma cultivo y se envía a laboratorio, se identifica epiplón acartonado con natas de fibrina, múltiples natas de fibrina en asas de intestino delgado, útero cubierto por natas de fibrina [...] apéndice cecal hiperémica, abscedada, con perforación en el tercio inferior de 1 cm de diámetro hasta la base del ciego, se realiza ligadura y corte [...] se realiza lavado de cavidad con 3 litros de solución inyectable, se corrobora hemostasia... colocación de penrose abocado a hueco pélvico [...] alto riesgo de formación de absceso residual, dehiscencia del muñón, compromiso de vida del binomio madre-hijo, amerita urgentemente manejo en tercer nivel de atención”*.

39. En la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, así como en las notas médicas de 16 de diciembre de 2013, AR10 y AR11 señalaron el traslado de V1 a una unidad médica de alta especialidad (tercer nivel de atención) y se constató la llamada telefónica que realizó AR12 con el hospital de Ginecobtreticia Número 4 con resultado negativo, además AR10 y AR13 asentaron en las notas de cirugía general del 17 del mismo mes y año, la comunicación telefónica con el hospital de especialidades [Siglo XXI], donde les negaron el traslado de V1 por no contar con espacio físico.

40. En la nota agregada de las 16:11 horas de 17 de diciembre de 2013, suscritas por AR14, AR15 y MR4, registraron que V1 evolucionó satisfactoriamente, sin compromiso obstétrico, por tanto, decidieron se quedara a cargo de servicio de cirugía como servicio tratante y de ginecología y obstetricia como interconsultante e ingresó en la misma fecha a piso en cirugía general; empero, omitieron los citados médicos solicitar el traslado de V1 a un hospital mejor equipado y con más recursos.

41. En la nota de ginecología de las 11:45 horas de 18 de diciembre de 2013, AR11 y MR4 calificaron a V1 con riesgo obstétrico de 12 puntos (alto) por cirugía pélvica, apendicitis perforada y edad materna, asentaron que una vez que mejoraran sus condiciones, era candidata a tercer nivel de atención. Precisaron los peritos de este Organismo Nacional que a pesar de estar ordenado su traslado y al encontrarse estable, “sin compromiso obstétrico”, no se realizó su transferencia.

42. A las 14:30 horas del 19 de diciembre de 2013, AR12 y MR4 reportaron a V1 con esquema profiláctico de uteroinhibición completo “*sin urgencia obstétrica*”, solicitaron ultrasonido de control al día siguiente e indicaron mantener adecuada hidratación, requerimiento calórico, y establecieron pronóstico reservado a evolución; omitiendo diagnóstico de embarazo de alto riesgo y considerar su traslado inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos.

43. A las 09:00 horas del 20 de diciembre de 2013, AR16 y MR4 señalaron en la nota médica, que el ultrasonido de V1 mostró un producto único, vivo, con actividad cardiaca y somática presente de 21.2 semanas de gestación, con peso estimado de 427,92 gramos (sic), líquido amniótico normal en cantidad, placenta corporal anterior

grado 1, sin datos de urgencia obstétrica; indicó continuar en vigilancia obstétrica, hidratación, analgesia adecuada, cuidados de la herida quirúrgica y manejo del servicio de cirugía; sin embargo, AR16 omitió establecer diagnóstico embarazo de alto riesgo y considerar su traslado inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos.

44. A las 15:00 horas del 21 de diciembre de 2013, AR17 y MR3 reportaron a V1 con signos vitales estables, afebril, herida quirúrgica con salida de material turbio que ameritó retiro de puntos, abundante material purulento, realizaron curación y solicitaron ultrasonido abdominal para descartar colecciones abdominales, pero AR17 omitió solicitar laboratoriales de control, lavado quirúrgico urgente con toma de muestra para cultivos y ajuste antimicrobiano, obligados en la paciente con embarazo de alto riesgo y con salida de material purulento por herida quirúrgica, por lo que desestimó esta grave complicación, además a que no indicó el traslado urgente de la paciente a otro nivel de atención.

45. El 23 de diciembre de 2013, AR10 realizó a V1 lavado de cavidad abdominal y cierre de pared, encontró aponeurosis (membrana fibrosa, resistente que recubre los músculos) debilitada, despulida, colección de 10 ml en corredera parietocólica derecha, omitió tomar muestras para cultivo y ajuste antimicrobiano y solicitar el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 durante la apendicectomía o indicar su traslado urgente a otro hospital mejor equipado y con más recursos.

46. A las 11:59 horas del 24 de diciembre de 2013, SP4 realizó a V1 ultrasonido obstétrico, el cual mostró un producto único vivo, de 21.3 semanas de gestación, con placenta normoinsera grado 1 de madurez, líquido amniótico normal, y frecuencia cardiaca fetal de 158 lpm, es decir, estable y en condiciones de su traslado. Los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginecobstetricia que valoraron a la paciente, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo (21.3 semanas de gestación, edad materna, apendicitis perforada, abundante pus en cavidad abdominal, postoperada de lavado de cavidad abdominal y cierre de pares), que ameritaba su traslado a un hospital mejor equipado y con más recursos, sin que exista constancia de que se haya realizado esa gestión.

47. A las 07:00 horas del 26 de diciembre de 2013, AR18 encontró la herida quirúrgica de V1 con abundante exudado purulento (pus) por los drenajes (penrose-facilita la salida de líquido de la herida); a las 07:30 horas del mismo día, AR13, médico de ginecología, la reportó con drenaje turbio hematópurulento.

48. A las 07:00 horas del 27 de diciembre de 2013, AR19 y MR3 asentaron en la hoja de evolución de cirugía general drenaje con gasto purulento.

49. A las 20:00 horas del 28 de diciembre de 2013, AR20 y MR3 registraron a V1 con pico febril de 38°C y penrose con gasto purulento. En la misma fecha, AR7 señaló que el ultrasonido practicado a V1 mostró frecuencia cardíaca fetal normal de 153 lpm, líquido amniótico en cantidad y calidad normales, sin datos de infección intramniótica.

50. De las evidencias descritas y de la opinión médica emitida por expertos de este Organismo Nacional, se observa que derivado del inadecuado manejo de los médicos tratantes que intervinieron a V1 del 11 al 16 de diciembre de 2013, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo, consistente en: edad materna 36 años de edad, cervicovaginitis e infección urinaria, embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, intolerancia a la vía oral, que fue determinada desde el 09 de diciembre de 2013, y por tanto, inobservaron el punto 4.3 de la *NOM-007-SSA2-1993*, 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”*, que define el embarazo de alto riesgo como “aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto”.

51. De igual manera, los referidos médicos omitieron realizar una semiología (signos y síntomas de las enfermedades por sistemas) del dolor abdominal que presentó V1 con 24 horas de evolución, explorar físicamente a la paciente para buscar datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho), rigidez muscular involuntaria, además de no realizar los exámenes de laboratorio urgentes, desestimando el cuadro clínico que exteriorizó V1 reseñados en las notas médicas

(náuseas, vómito, subhidratada, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada), que les hubiera permitido diagnosticar de manera oportuna la apendicitis aguda que padeció V1 desde su ingreso al hospital, esto es, el 11 de diciembre de 2013, de acuerdo a lo que señala *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, cuya finalidad es orientar a los médicos en la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia, sobre todo que la apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico no obstétrico más común durante el embarazo y el retardo en su diagnóstico favorece la perforación apendicular.

52. Los citados galenos no realizaron la intervención quirúrgica urgente que ameritaba V1 para atender la apendicitis aguda que presentó, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad, en cinco días al absceso y finalmente a la perforación apendicular (peritonitis), incumpliendo lo dispuesto en la fracción III del artículo 27 de la *Ley General de Salud*, relacionado con el diverso 72 de su *Reglamento en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica* publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006, que señala: “*Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata*”.

53. Derivado del inadecuada atención médica, los médicos tratantes AR18, AR19 y AR20 omitieron establecer embarazo de alto riesgo de V1, no solicitaron el resultado de las muestras tomadas el 16 de diciembre de 2013 a V1 durante la apendicectomía para cultivo y referirlas de inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos; AR17 reportó la herida de la paciente con salida de material purulento, a pesar de lo cual no requirió lavado quirúrgico urgente ni solicitó los laboratoriales de control; AR10 realizó el lavado de cavidad abdominal, pero no pidió tomar muestras para cultivo y el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 a V1. Por lo tanto, incumplieron los puntos 4.3, 5.1.1, 5.1.3, 5.1.5 de la Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993*, 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*”, vulneró el derecho a la protección a la salud de V1.

B. AFECTACIÓN Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN

54. A las 00:34 horas del 30 de diciembre de 2013, AR21 reportó a V1 con manchado genital rosado, como se advierte de la nota de ginecología de interconsulta del turno nocturno. Aproximadamente a las 05:00 horas del mismo día, el referido galeno precisó que la paciente presentó dolor cólico hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales que obligaron su pase a la Unidad Tocoquirúrgica, donde ingresó a las 08:00 horas para la atención de “*trabajo de aborto*”.

55. Previo consentimiento informado y en base a la hoja de intervención quirúrgica que se generó el 30 de diciembre de 2013, AR11 indicó que a las 08:11 horas se obtuvo a V2, masculino, de 20 semanas de gestación, con peso de 450 gramos y se revisó la cavidad uterina (curetaje o legrado, se usan para eliminar tejido del útero mediante raspado) de V1, sin incidentes con sangrado aproximado de 100cc.

56. En el certificado de muerte fetal de V2 se señaló como causa de fallecimiento: *inmadurez extrema*, sin embargo, los expertos de esta Comisión Nacional señalaron que si bien el producto de la gestación con 20 semanas, se considera inmadurez extrema incompatible con la vida, precisamente por esa condición clínica, los médicos tratantes debieron extremar precauciones, lo cual omitieron al no diagnosticar oportunamente la apendicitis aguda que padeció V1, lo que permitió la evolución de la enfermedad, consistente en que se abscedara y perforara el apéndice, puesto que se coleccionó abundante líquido purulento que cubrió epiplón, intestino delgado y útero, lo cual favoreció la pérdida del producto de la gestación, toda vez que como lo describe la literatura médica universal vigente que “*el riesgo de pérdida fetal aumenta en caso de perforación hasta en un 36%, cuando hay peritonitis o absceso peritoneal*”, además, no determinaron el embarazo de alto riesgo de V1 a pesar de contar con criterio para ello.

57. A las 07:00 horas del 31 de diciembre de 2013, AR17 y MR5 precisaron que los resultados del cultivo de la herida quirúrgica recabados el 16 del mismo mes y año (15 días después), fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae* blee (germen nosocomial oportunista), sensible a carbapenems (antibiótico betalactámico con amplio aspecto de actividad bactericida), amikacina (antibiótico bactericida del grupo de los aminoglucósidos), tigeciclina (fármaco) y resistente a cefalosporinas (antibiótico) y quinolonas (agentes con actividad antimicrobiana), que favoreció la

resistencia bacteriana, debido a que inadecuadamente a V1 se le suministraron del 17 a 28 de diciembre de 2013 clindamicina y ceftriaxona, esta última perteneciente a las cefalosporinas, que es resistente a la infección, como consta en las hojas de enfermería.

58. El 3 de enero de 2014, al reportarse V1 con adecuada evolución clínica, se egresó a su domicilio con indicaciones y cita abierta.

59. De las evidencias reseñadas y de la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se advierte que a pesar de que V1 presentó embarazo de alto riesgo, posquirúrgico de apendicitis perforada con líquido purulento, natas de fibrina cubriendo epiplón, intestino delgado y útero, los médicos tratantes que tuvieron a su cargo al binomio materno-fetal en el posquirúrgico inmediato y mediato, omitieron brindarle un adecuada atención, toda vez que no realizaron su traslado al tercer nivel de atención, aun cuando señalaron que V1 requería urgentemente esa atención médica especializada, como se advierte de la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, suscrita por AR10; de la nota de ingreso a recuperación de UTQ de las 14:00 horas, firmada por AR11; de la solicitud de referencia (traslado) al Hospital de Ginecobstetricia No 4, realizada por AR12, todas del 16 de enero de 2013; de las notas médicas de 17 del mismo mes y año, elaboradas por AR10, AR13, AR14 y AR15, e incluso el registro de la llamada telefónica con el Centro Médico Nacional [Siglo XII] del Hospital de Especialidades, donde les negaron el traslado por falta de espacio físico, pero no insistieron en la transferencia de la paciente al Centro Nacional “La Raza” o al Hospital de Ginecobstetricia Número 4, ambos del IMSS, a pesar de que AR11 el 18 del mismo mes y año, calificó a V1 con riesgo obstétrico alto y estable.

60. Asimismo, AR12, AR16, AR17, no consideraron el traslado de V1 a un hospital mejor equipado y con más recursos, como se desprende de la nota de evolución vespertina de las 14:30 horas del 19; de la nota médica de las 09:00 horas del 20; de la nota de evolución de cirugía de las 15:00 horas del 21, todos de diciembre de 2013. Lo anterior con la finalidad de que V1 recibiera una valoración especializada y brindarle un mejor pronóstico de sobrevivida a V2; por tanto, los médicos tratantes incumplieron lo dispuesto en la fracción III del artículo 4 del *Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS*, que establece que el tercer nivel de atención lo

constituyen las unidades médicas de alta especialidad que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución terapéutica por la complejidad del padecimiento, así como los puntos 5.1.1, 5.1.5 y 5.1.7 de la *NOM-007-SSA2-1993*, 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 margen de que los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginecología que valoraron a V1 omitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo a pesar de contar criterio para ello.

61. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad institucional del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS, toda vez que no garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención que requería en un hospital de tercer nivel, con motivo de la gravedad y complejidad del padecimiento que presentó, de conformidad a lo establecido en el artículo 70 fracción II y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS, por lo tanto, se incumplió con lo dispuesto en el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS que señala: *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*, relacionado con el párrafo segundo del artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece: *“El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con ese servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda”*; el ordinal 82 del referido ordenamiento que indica: *“El servicio de hospitalización se establece para los casos en que por la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento a que deba sujetarse el derechohabiente, a juicio del médico tratante, se indique su internamiento en unidades hospitalarias de segundo nivel, de acuerdo con lo establecido por el Instituto en cada Área Médica, o en la unidad médica de tercer nivel con la especialidad requerida, con la que existan acuerdos institucionales de gestión”*, así como en el diverso 94 del mismo Reglamento, que dispone: *“Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los*

medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente. Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida”.

62. Las acciones y omisiones referidas resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 4.4, 5.1.1, 5.1.5, 5.1.6, 5.1.7 y 5.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, 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”, que prevén las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, entre las que se encuentran la identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales, valoración del riesgo obstétrico) para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado, y con tales datos, establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades médicas organizadas en tres niveles, lo cual en el presente caso, se tradujo en no diagnosticar el embarazo de alto riesgo de V1, a pesar de contar con criterio médico para ello, el cual se complicó con la apendicitis aguda que padeció la paciente, que no fue determinada y tratada oportunamente, además que no se canalizó al tercer nivel de atención que requería, a fin de que se le brindara una atención especializada.

63. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria y que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos 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, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual mandata, entre otros, a brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

64. La Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993*, ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015 y 20/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron. A pesar de las recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la citada Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

65. 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”*.

66. 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". Considerando, además, lo previsto en los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos ("Pacto de San José"); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; I de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

67. Este Organismo Nacional, advierte que de las notas médicas que obran en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron médicos residentes, documentos que no cuentan con el nombre y firma del médico tratante, por lo tanto, no fueron supervisados por los médicos responsables, lo cual es preocupante, porque puede tener graves consecuencias para la salud de los pacientes. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, "Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas", publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades asistenciales, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.

68. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y adiestrarse en el

ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

C.VIOLENCIA OBSTÉTRICA

69. De las evidencias descritas se advierte que la indebida atención a V1, se traduce 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, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar *“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

70. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos 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.

71. 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

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

para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional, se pronunció en el 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, reconociendo que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

72. 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, 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 en la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (Artículo 5, fracción VI), 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).

73. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica 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, es quien finalmente decide 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.

74. 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 reproduce 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 del producto de la gestación.

75. 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 Nacional, 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, con el que 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 habrá mejores políticas públicas y servicios con “*calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.

76. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la 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 llega 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.

77. 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 materna. 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”*.

78. Se acreditó por este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron el derecho humano a la protección de la salud, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, ya que tenían el deber de cuidado que debían y podían observar, en su calidad de garantes de la salud, 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”*.

D. INOBSERVANCIA DE LA NORMATIVIDAD SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO

79. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9, AR10, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16,

AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula del médico tratante y algunos datos son ilegibles, por lo que infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012 y entró en vigor el 15 de diciembre del mismo año, por lo cual es aplicable al presente caso, toda vez que los hechos ocurrieron el 11 de diciembre de 2013.

80. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa 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 el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

81. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. “*Del expediente clínico*”, han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud 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, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015 y 20/2015, en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en que las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

82. La sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual en el numeral 68 fijó el criterio de: “...*la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un 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.”

83. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, vulneraron los derechos a la protección de la salud, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, contenidos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, 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, 51, primer párrafo; 61, fracciones I; 61 Bis de la Ley General de Salud; 8, fracción I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; 1, 4 fracción III, 6, 7, 8, 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-007-SSA2-1993*, 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”* y *NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico*, además de la *Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda* del Gobierno Federal.

84. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará); 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, inciso d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; señalan 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 el Estado debe proporcionar 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.

85. 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, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, debió considerar el estado integral de la paciente, al realizar los diagnósticos de embarazo de alto riesgo y de la apendicitis aguda que presentó V1, así como su traslado al tercer nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica, lo cual hubiese contribuido a evitar que V1 presentara la apendicitis que favoreció y condicionó la pérdida del producto de la gestación, V2. De acuerdo con las consideraciones expuestas, se omitieron por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, responsables de su atención.

86. El derecho al trato digno *“es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico”*.² En el presente caso se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en su estado de salud.

87. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22 incumplieron las obligaciones contenidas en los artículo 8º, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal

² Soberanes Fernández, José Luis (2008), Coordinador del “Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos”. México, Editorial Porrúa/CNDH, 2008, pág. 273.

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.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

88. Es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevé la posibilidad de que, al evidenciarse 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 debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 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 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, inadecuada atención médica y trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, se deberá 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 tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

89. 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.

90. En su sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, en los párrafos 300 y 301, 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.”*

91. Sobre el *“deber de prevención”* la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 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.*³ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión 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, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida

92. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos 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, 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.”*⁴

II. Rehabilitación

93. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a V1 la atención médica y/o psicológica que requiera, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional 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

³ Sentencia del 29 de julio de 1988, *“Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras”* (Fondo), párrafo 175.

⁴ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), *“Caso Loayza Tamayo vs. Perú”*, párrafos 147 y 148.

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 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

III. Satisfacción

94. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades recomendadas deberán iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2. Para este Organismo Nacional no pasó desapercibido que a través del oficio 5870 de 31 de julio de 2014, el Coordinador de Atención al Derechohabiente dio vista de la queja de Q1 al Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control del IMSS, al ser procedente la queja para su trámite y resolución.

IV. Garantías de no repetición

95. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS implementen los cursos de capacitación y manuales señalados en el punto segundo Recomendatorio a todo el personal del referido hospital, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas. De igual forma, los manuales y cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad

V. Compensación

96. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a V1 conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud, del daño a su proyecto de vida y por la pérdida del producto de la gestación, V2, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, en los términos descritos en esta Recomendación.

97. Con fundamento 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; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrados.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, 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 General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, involucrado en los hechos, derivada de la inadecuada atención médica, violencia obstétrica y trato indigno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, 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. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente recomendación y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, en el Distrito Federal, 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, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. 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 tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

98. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer 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 1°, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

101. 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, así como a las Legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ