



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No 52 / 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. 3 DEL IMSS, EN MAZATLÁN, SINALOA.

México, D. F., a 29 de diciembre 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, párrafo primero, 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 en el expediente CNDH/1/2014/3465/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, 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 deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversos ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de

facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue: a) Hospital General de Zona No. 3 del IMSS en Mazatlán, Sinaloa (HGZ-3); b) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* (NOM-004-SSA3-2012); c) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio* (NOM-007-SSA2-1993); d) Ley General de Salud (LGS); e) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); f) Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (RPM-IMSS) y g) Rotura Prematura de Membranas (RPM).

I. HECHOS

4. El 11 de marzo de 2014, a las 10:41 horas, V1 mujer de 29 años de edad, con embarazo de 38 semanas de gestación, se presentó al servicio de Urgencias del HGZ-3 debido a que refirió *“salida de líquido transvaginal escaso y leve dolor abdominal”*, donde fue atendida por AR1, quien la valoró y determinó que estaba bien y que regresara al nosocomio si presentaba dolores de parto o sangrado, por lo que dejó cita abierta a Urgencias en caso de datos de alarma.

5. El 12 de marzo de 2014, a las 03:00 horas, V1 acudió nuevamente al referido HGZ-3 aludiendo *“salida de sangre y líquido”*, donde la revisó AR2, quien le refirió que *“necesitaba presentar más sangrado y mayores dolores para que ingresara”*, dejando cita abierta a Tococirugía y otra valoración en 12 ó 24 horas, aproximadamente.

6. El 13 de marzo de 2014, a las 04:15 horas, V1 por tercera ocasión asistió a la Unidad de Tococirugía, dado que presentó *“síntomatología obstétrica en aumento de intensidad”*, siendo atendida a las 04:36 horas y se le practicó ultrasonido obstétrico que reportó *“no muestra movimientos fetales y ausencia de actividad cardíaca fetal”*, razón por la cual ingresó a dicha área, donde mediante parto a las 11:56 horas se obtuvo a V2 (producto óbito y fenotípicamente mujer), a quien se le

encontró “*con un circular a cuello*” y se señaló en el certificado de muerte fetal como causa de su deceso: “*interrupción de la circulación materno-fetal*”.

7. El 14 de marzo de 2014, V1 causó alta por mejoría y se dejó cita abierta a Urgencias.

8. Q1 y V1 presentaron escrito de queja del 19 de marzo de 2014, ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, el cual por razón de competencia se remitió a este Organismo Nacional el 9 de abril de 2014, donde se radicó con el expediente CNDH/1/2014/3465/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expediente clínico que remitió el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del HGZ-3, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentada por Q1 y V1 el 19 de marzo de 2014, ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, a través del cual denunciaron negligencia médica por parte de los médicos que atendieron a V1 y V2.

10. “Acta Circunstanciada” de 16 de mayo de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar el número de seguridad social proporcionado por V1.

11. Oficio 095217614BB1/1114 recibido en este Organismo Nacional el 27 junio de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó los informes de los médicos que intervinieron en la atención de V1 y V2, así como el expediente clínico que contiene lo siguiente:

11.1 Informe de 24 de junio de 2014, signado por SP1, en el que relató la intervención de los médicos en la atención de V1 y V2.

11.2 Informe sin fecha, suscrito por AR1, en el que señaló su intervención en la atención de V1 y V2.

11.3 Nota Médica de las 09:30 horas del 6 de septiembre de 2013, suscrita por AR2, en la que encontró a V1 con embarazo de 11 semanas de gestación y amenaza de aborto, motivo por el cual permaneció hospitalizada 48 horas.

11.4 “Estudio Sonográfico Pélvico” de 6 de septiembre de 2013, realizado por SP2 a V1, el cual mostró *“útero ocupado con saco gestacional regular, bien conformado, con adecuada implantación, líquido amniótico sin alteración, activo y rítmico, presencia de banda amniótica, se observa polo fetal con motilidad”*.

11.5 Nota Médica de las 09:06 horas de 7 de septiembre de 2013, suscrita por SP3, en la que se asentó que V1 causó alta.

11.6 “Notas Médicas y Prescripción. Nota de Atención Médica” de las 09:41 horas del 2 de octubre de 2013, elaborada por SP4, en la que valoró a V1 y la encontró con embarazo normal.

11.7 “Notas Médicas y Prescripción. Nota de Atención Médica” de las 11:14 horas de 12 de noviembre de 2013, elaborada por SP5, en la que asentó que V1 presentó embarazo normal.

11.8 “Notas Médicas y Prescripción. Nota de Atención Médica” de las 10:24 horas de 03 de diciembre de 2013, suscrita por SP5, en la que diagnosticó a V1 embarazo normal.

11.9 “Notas Médicas y Prescripción. Nota de Atención Médica” de las 10:27 horas de 14 de enero de 2014, efectuada por SP4, en la que asentó embarazo normal de V1.

11.10 “Notas Médicas y Prescripción. Nota de Atención Médica” de las 10:37 horas del 4 de marzo de 2014, realizada por SP5, en la que reportó a V1 con embarazo normal y fue canalizada a Toco-valoraciones para que se le practicara ultrasonido obstétrico para descartar RCIU (Retraso de Crecimiento Intrauterino) y probable colestásis intrahepática (afección que obstruye la bilis al hígado).

11.11 Nota Médica Toco Matutino de las 11:48 horas de 4 de marzo de 2014, signada por AR1, en la que asentó el rastreo ultrasonográfico practicado a V1, el cual mostró “*fetometría 36-37 SDG, líquido cantidad normal, placenta grado II-III*” y reportó estudios de laboratorio normales.

11.12 Nota Médica de las 14:30 horas de 4 de marzo de 2014, firmada por SP6, en la que precisó que V1 no ameritaba hospitalización y causó alta.

11.13 Nota Médica de las 10:41 horas de 11 de marzo de 2014, elaborada por AR1 (omitió anotar su nombre completo y especialidad), en la que reportó a V1 con “*salida de líquido transvaginal escaso y leve dolor abdominal*” y con embarazo de término de 38 semanas de gestación, sin trabajo de parto.

11.14 Nota Médica de las 03:00 horas de 12 de marzo de 2014, suscrita por AR2 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que asentó que V1 presentó “*salida de sangre en pequeña cantidad y moco*” y con embarazo de 38 semanas de gestación y pródromos (signos que anuncian que el momento del parto se aproxima) de trabajo de parto, sugiriendo como plan: cita abierta a Tococirugía, datos de alarma obstétrica, revaloración en 12 o 24 horas aproximadamente.

11.15 Nota de Revaloración Tococirugía de las 04:15 horas de 13 de marzo de 2014, efectuada por AR3 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que precisó que V1 acudió a “*valoración por presentar sintomatología obstétrica en aumento de la intensidad*” y “*no se ausculta actividad cardiaca*”, además se realizó ultrasonido obstétrico, el cual “*no muestra movimientos fetales y ausencia de actividad cardiaca fetal*”, con diagnóstico de embarazo de 38 semanas de gestación, probable óbito fetal.

11.16 “Ultrasonido Obstétrico” de 13 de marzo de 2014, realizado a V1 por SP7, el cual mostró “*cordón umbilical con circular simple a cuello*” y concluyó “*óbito de 37.4 semanas de gestación*”.

11.17 Estudios Laboratoriales de las 10:03 horas de 13 de marzo de 2014, practicados a V1, los cuales resultaron dentro de los parámetros normales.

11.18 “Vigilancia y Atención del Parto” de las 09:40 horas de 13 de marzo de 2014, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre, matrícula y especialidad, así como requisitar adecuadamente el referido documento), en la que asentó embarazo de 38 semanas de gestación y óbito fetal, signos vitales normales.

11.19 “Terminación del Embarazo” de 13 de marzo de 2014, realizada por AR4 (omitió anotar su nombre completo y especialidad), en el rubro de observaciones precisó “*esfacelación piel*”.

11.20 “Evolución del Parto o Legrado” de las 12:30 horas de 13 de marzo de 2014, efectuada por AR4 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que señaló que a las 11:56 horas se obtuvo mediante parto producto único óbito que presentó “*con un circular a cuello*” y se extrajo placenta.

11.21 “Hoja del Recién Nacido” de las 11:56 horas de 13 de marzo de 2014, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre completo, matrícula y

especialidad), en la cual refirió que existió sufrimiento fetal agudo, el líquido amniótico era meconial, a la exploración física de V2 se encontró con “*esfacelación de piel*” y con 39 semanas de gestación por capurro (criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato).

11.22 “Certificado de Muerte Fetal” de V2, en el que se estableció como fecha y hora del fallecimiento las 11:56 horas de 13 de marzo de 2014 y causa del deceso: “*interrupción de la circulación materno-fetal*”.

11.23 “Notas Médicas y Prescripción” de las 09:30 horas de 14 de marzo de 2014, firmada por SP8, en la que reportó a V1 con puerperio fisiológico y óbito de 38 semanas, por lo que causó alta por mejoría con cita abierta a urgencias.

12. “Opinión Médica” de 22 de octubre de 2014, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1 y V2 en el HGZ-3.

13. “Acta Circunstanciada” de 7 de enero de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con personal del IMSS, en la que informó que la queja formulada por Q1 se resolvió improcedente.

14. “Actas Circunstanciadas” de 14 y 20 de abril de 2015, suscritas por personal de este Organismo Nacional, en las que hizo constar las llamadas telefónicas sostenidas con Q1, quien informó que la AP se encuentra en integración.

15. “Acta Circunstanciada” de 6 de mayo de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP9 en la que comunicó que la AP se encuentra en integración, que recibieron respuesta de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que solicitarán documentales al IMSS y que falta declarar a los médicos involucrados.

16. “Acta Circunstanciada” de 3 de septiembre de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP9 en la que comunicó que la CONAMED les informó que le falta documentación para estar en posibilidades de emitir su dictamen.

17. “Acta Circunstanciada” de 17 de septiembre de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP9 en la que informó que había remitido vía correo electrónico el oficio de 17 de marzo de 2015, suscrito por el Director Jurídico Pericial de la CONAMED, en la que se advierte que le requirió a SP10 diversas constancias para estar en posibilidades de emitir el dictamen médico institucional correspondiente.

18. “Acta Circunstanciada” de 11 de diciembre de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP11, quien informó que el 3 del mismo mes y año, remitió las constancias solicitadas por CONAMED a la oficina de Culiacán, Sinaloa, a fin de que determinaran el dictamen correspondiente.

19. Oficio 095217614/BB1/2629 de 14 de diciembre de 2015, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, recibido en este Organismo Nacional el 18 del mismo mes y año, a través del cual informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente en el expediente N° QC/SIN/0383-72014/NC412-7-2014, determinó improcedente el caso de V1, adjuntando el informe que sustentó la improcedencia de 3 de diciembre de 2015, en el que se consideró: *“La paciente acudió con embarazo a término para valoración, durante su estancia intrahospitalaria el sangrado y la sintomatología obstétrica cedieron, no presentando datos de sufrimiento fetal, ni otros datos de alarma durante su internamiento, por lo que egresó previo informe de datos de alarma, con cita abierta a Urgencias; al regresar para nueva valoración, el producto había fallecido. De lo que no existe responsabilidad Institucional”*. Asimismo ordenó el oficio de notificación a Q1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El 7 de enero de 2015, personal de este Organismo Nacional hizo constar que personal del IMSS informó, vía telefónica, que la queja formulada por Q1 se resolvió improcedente.

21. El 6 de mayo de 2015, personal de este Organismo Nacional hizo constar que la AP1 se encuentra en integración.

22. El 17 de septiembre de 2015, personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción del oficio DGA/230/0461/2015 de 17 de marzo de 2015, suscrito por el Director Jurídico Pericial de la CONAMED, dirigido a SP10, a través del cual le requirió diversas constancias para emitir su dictamen médico institucional.

23. El 10 de diciembre de 2015, personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP11, quien informó que el 3 del mismo mes y año, remitió las constancias solicitadas por CONAMED a la oficina de Culiacán, Sinaloa, a fin de que determinaran el dictamen correspondiente.

24. El 18 de diciembre de 2015, se recibió en este Organismo Nacional el oficio, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS a través del cual comunicó la improcedencia de la queja formulada por Q1.

IV.OBSERVACIONES

25. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/3465/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 HGZ-3, consistente en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

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

26. El 11 de marzo de 2014, aproximadamente a las 10:41 horas, V1 acudió al servicio de Urgencias del HGZ-3 como se asentó en la nota médica, en la que la paciente refirió *“salida de líquido transvaginal escaso y leve dolor abdominal”*, por lo que fue valorada por AR1, quien la encontró con: *“signos vitales dentro de parámetros normales, fondo uterino de 32 cm, producto único vivo intrauterino, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto, al tacto vaginal con dilatación de 1 cm, sin sangrado, membranas íntegras y pelvis útil, por rastreo ultrasonográfico: feto vivo, cefálico, líquido y placenta normales con movimientos espontáneos del bebé”*, con diagnóstico embarazo de término de 38 semanas de gestación, sin trabajo de parto e indicó como plan de manejo cita abierta a urgencias en caso de datos de alarma, con pronóstico bueno.

27. De acuerdo a la opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR1 no realizó una valoración adecuada sobre la *“salida de líquido transvaginal escaso”* que presentaba V1, por lo que debió realizarle una especuloscopia¹ con la finalidad de descartar o confirmar la probable ruptura de membranas y evaluar la presencia de líquido amniótico en el fondo del saco posterior, aplicando la prueba de hehecho² o por el test de nitrazina³, dado que la RPM antes del trabajo de parto es una de las principales causas de morbilidad infecciosa en la madre y el

¹ A través del espéculo se permite visualizar las paredes vaginales y el fondo de saco vaginal, así como el cérvix o cuello uterino para tomar muestras de flujo vaginal.

² Consiste en que la secreción vaginal que se encuentra en el fondo del saco vaginal es recolectada con un aplicador de algodón estéril y extendida en una laminilla de vidrio, por un tiempo suficiente de 10 minutos o más, se deja secar al aire y se examina al microscopio para buscar la presencia de un patrón arborizado (hehecho).

³ Se toma una muestra de secreción de fondo del saco vaginal que se extiende en papel de nitrazina, si cambia a azul verdoso (pH 7,6, 5) o azul (pH 7,0) con mucha probabilidad sugiere la presencia de líquido amniótico.

neonato, por tanto, AR1 incumplió el punto 5.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993 que se refiere a las actividades que se deben observar durante el control prenatal, entre ellas: *“identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, **signos de infección de vías** urinarias y **vaginales**), medición y registro de peso y talla (...) valoración del riesgo obstétrico*⁴.

28. AR1 omitió realizar un adecuado interrogatorio a V1, tomar en cuenta el peso, talla, historia clínica completa para identificar los factores de riesgo y antecedentes de importancia en la paciente con embarazo de término, así como valoración del riesgo obstétrico, por lo que inobservó el punto 6.1.1 de la NOM-004-SSA3-2012 que señala que el interrogatorio: *“Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos... y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas”*.⁵

29. AR1 omitió realizar ultrasonido obstétrico completo para establecer la presencia de un embrión/feto con vida, estimar el tiempo de gestación de embarazo; diagnosticar anomalías congénitas; evaluar la posición del producto de la gestación, la posición de la placenta, determinar si el embarazo es múltiple; la cantidad de líquido amniótico alrededor del producto de la gestación, controlar la abertura o el acortamiento del cérvix, evaluar el crecimiento fetal y el bienestar general del feto, además, el referido estudio le hubiera permitido observar la circular de cordón a cuello que tenía el producto de la gestación, tratando de manera anticipada y oportuna las complicaciones prenatales que presentó V2.

30. Por lo anterior, AR1 incumplió el punto 5.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993 que señala que el control prenatal: *“(...) debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las*

⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo”.

31. El 12 de marzo de 2014, a las 03:00 horas, V1 acudió nuevamente al referido nosocomio por *“salida de sangre y líquido en moderada cantidad”* y señaló que la fecha de su último parto fue hace 10 años; AR2, a la exploración física la reportó *“con abdomen globoso a expensas de producto único vivo intrauterino (PUVI), cefálico, con fondo uterino de 33 cm con dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 132 por minuto, líquido en 4 cuadrantes, al tacto vaginal cérvix posterior, 1-2 cm de dilatación, borramiento del 30% aproximadamente y salida de sangre en pequeña cantidad y moco”*, e integró el diagnóstico de embarazo de 38 semanas de gestación y pródromos⁶, sugiriendo como plan cita abierta a Tococirugía, datos de alarma obstétrica, revaloración en 12 ó 24 horas, aproximadamente, como se advirtió de la nota médica de la misma fecha, al respecto, V1 precisó que AR2 le refirió que *“necesitaba presentar más sangrado y mayores dolores para que ingresara”*.

32. De acuerdo a los expertos de este Organismo Nacional, AR2 inadecuadamente le indicó a V1 que se retirara, cuando debió ordenar su hospitalización para la inducto-conducción del trabajo de parto o interrupción del embarazo mediante cesárea, debido a que presentaba *“salida de sangre en pequeña cantidad”*, dado que las hemorragias del tercer trimestre complican el embarazo y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial, por lo que era indispensable haber realizado el protocolo de estudio para determinar la etiología del sangrado, previniendo de esta manera la pérdida del producto de la gestación, como más tarde aconteció.

33. Por tanto, AR2 incumplió lo establecido en el artículo 77 bis 1 de la LGS que dice: *“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad (...) como mínimo se deberán*

⁵ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, la cual entró en vigor el 15 de diciembre de 2012.

⁶ Signos que anuncian que el momento del trabajo de parto se aproxima.

contemplar los servicios de (...) hospitalización para las especialidades básicas de: (...) ginecoobstetricia (...) en el segundo nivel de atención.”

34. Los peritos de este Organismo Nacional señalaron que AR2, además omitió realizar una especuloscopia para documentar la ruptura de membranas con la prueba de hehecho y/o Nitrazina, asimismo, no efectuó ultrasonido obstétrico para estimar la cantidad de líquido amniótico, la edad gestacional, valorar el bienestar fetal y el riesgo obstétrico que le hubiera permitido observar “circular de cordón a cuello” que presentaba el producto de la gestación, para tratarlo de manera oportuna, por tanto, incumplió el punto 5.4.4 de la NOM-007-SSA2-1993 que puntualiza: *“Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar (...) que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso (...)”*

35. Por tercera ocasión, V1 se presentó a la Unidad de Tococirugía a las 04:15 horas del 13 de marzo de 2014, debido a la *“síntomatología obstétrica en aumento de la intensidad”*, pero a las 04:36 fue valorada por AR3, quien a la exploración física la encontró con presión arterial normal, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único cefálico, dorso lateral derecho, *“no se ausculta actividad cardíaca”*, tacto vaginal con orificio cervical externo con 2 cm de dilatación, ligero manchado hemático de guante explorador. Se realizó ultrasonido obstétrico a V1 cuyo resultado se asentó: *“no muestra movimientos fetales y ausencia de actividad cardíaca fetal”*, agregando la paciente *“ausencia de movimientos desde las 21:00 horas”*.

36. Por lo anterior, AR3 diagnosticó embarazo de 38 semanas de gestación, probable óbito fetal e indicó a V1 pasar a Tococirugía para complementación diagnóstica, ayuno, suministrar soluciones intravenosas, realizar estudio obstétrico y laboratoriales (biometría hemática, completa, grupo y Rh, tiempo de

coagulación), signos vitales por turno, tricotomía y enema, como lo asentó en la nota de revaloración en Tococirugía.

37. SP7 le practicó a V1 “ultrasonido obstétrico”, el cual mostró “*cordón umbilical con circular simple a cuello*” y concluyó “*óbito de 37.4 semanas de gestación*”, los demás exámenes de laboratorio dieron resultados dentro de los parámetros normales.

38. A las 09:40 horas del 13 de marzo de 2014, V1 ingresó al Área de Tococirugía del HGZ-3 como se advierte de la hoja de Vigilancia y Atención de Parto (Partograma) en el que se reportó a V1 con embarazo de 38 semanas de gestación y óbito fetal, signos vitales dentro de parámetros normales, con membranas íntegras, estrechos pélvicos suficientes (superior, medio e inferior). A las 11:00 horas se le realizó amniotomía (rotura artificial de membranas).

B. AFECTACIÓN Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN.

39. A las 11:56 horas del 13 de marzo de 2014, se obtuvo mediante parto, producto único óbito, fenotípicamente mujer, se extrajo placenta completa y se realizó revisión de la cavidad y episiorrafia (suturación de laceración en la vulva), precisando que el producto de la gestación no presentaba malformaciones externas aparentes, pero “*con un circular a cuello*” como se aprecia de la hoja de “Evolución del Parto o Legrado”.

40. En la “Hoja del Recién Nacido” del 13 de marzo de 2014, se asentó que existió sufrimiento fetal agudo y a la exploración física del producto de la gestación se encontró: “*sin malformaciones aparentes, edema generalizado y esfacelación de piel, cráneo normocéfalo, tórax normolíneo, abdomen globoso, sin tono muscular, sin movimiento, fenotípicamente femenino, reflejos no presentes*”,

diagnóstico producto de la gestación de 39 semanas por capurro (criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato).

41. Lo anterior confirmó que AR1 y AR2 subestimaron los datos de líquido transvaginal y sangrado vaginal que presentó V1 y a pesar de ello, AR1 no realizó una valoración adecuada, además de que omitió realizar el ultrasonido obstétrico completo que le hubiera permitido observar el circular de cordón a cuello que tenía el producto de la concepción, por su parte, AR2 no consideró su ingreso hospitalario para mantenerla bajo vigilancia y a través de un ultrasonido obstétrico completo pudieran detectar la presencia de líquido amniótico meconial y el circular de cordón a cuello que presentaba el producto de la gestación, que ameritaba una cesárea urgente, lo cual le hubiera permitido la posibilidad de sobrevivir a la neonata.

42. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que la “*esfacelación de piel*”⁷ indica que la pérdida del producto de la gestación ocurrió entre 8 y 72 horas previas a la extracción, es decir, si a V1 el 11 de marzo de 2014, cuando acudió a valoración a Urgencias, la hubiera auscultado apropiadamente AR1 y el 12 de marzo de ese año AR2 la hubiera hospitalizado proporcionándole la atención adecuada, pudo haberse evitado la pérdida del producto de la gestación.

43. En el “Certificado de Muerte Fetal” de V2 se señaló como causa de la pérdida fetal: “*interrupción de la circulación materno-fetal*”, sin embargo, los expertos de este Organismo Nacional refirieron que esa causa es secundaria a la presencia del “*cordón umbilical con circular simple a cuello*”, mostrado en el ultrasonido practicado a V1 el 13 de marzo de 2014, el cual no fue diagnosticado y tratado de forma oportuna, lo que derivó directamente en la pérdida del producto de la gestación.

⁷ Se traduce en la muerte de las células de la piel acompañada de una decoloración característica y pérdida irreversible de éste tejido.

44. Los peritos en su opinión médica señalaron que de acuerdo a la literatura médica universal vigente, la incidencia del circular de cordón a cuello es menor después de la semana 36 a 38 de gestación y la probabilidad de que persista hasta el momento del parto es mayor de un 85%; es decir, no es fácil que se presente después de esta edad gestacional (36 a 38 semanas de gestación) debido al peso corporal, longitud y perímetro cefálico que presenta el producto de la gestación.

45. AR1 y AR2 transgredieron lo establecido en el artículo 61, fracción I de la LGS que precisa: *“(...) la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna (...) abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio(...)”*, relacionado con los puntos 4.4, 5.1.1, 5.4.1.6 de la NOM-007-SSA2-1993 que puntualiza: *“La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud (...)”*, asimismo, define la emergencia obstétrica como: *“Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal”*, además señala que: *“Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel (...)”*

46. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-1993 que establece con claridad 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”*.

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

48. La citada Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015 y 44/2015 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 cita 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.

49. El artículo 4º, párrafo cuarto constitucional establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*.

50. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la 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.”

51. Es atinente la Jurisprudencia “**DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)**”⁸

52. 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, estableció 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*”. Se reconoce que la protección a la salud “... *es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y 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.*” Se advirtió, además, que “*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*”.

⁸ Jurisprudencia P.J/1ª/J.50/2009, Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/ Abril de 2009, pág. 164

53. 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 HGZ-3, debió considerar el estado integral de la paciente, al ingresar a V1 para vigilar el parto, realizar un ultrasonido obstétrico completo que les hubiera permitido observar el cordón umbilical con circular simple a cuello, que no fue detectado ni tratado oportunamente y que derivó en la pérdida del producto de la gestación V2, contraviniendo lo previsto en el numeral 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

54. Derivado de lo anterior, AR1 y AR2 vulneraron los derechos a la protección de la salud en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, contenido en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33 fracción I y II, 51, primer párrafo; 61, fracciones I; 61 Bis de la LGS; 8, fracción I y II, 9 y 48 del RLGS-MPSAM; 1, 4 fracción II, 6, 7, 8, 43 del RPM- IMSS, el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 y NOM-004-SSA3-2012, así como 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.

55. De igual manera, 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 de 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, entendido 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 gestación, 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.

C.VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y TRATO DIGNO.

56. 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*”.

57. 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".⁹

58. 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. 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.*"¹⁰

59. 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

⁹ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 47.

¹⁰ Publicado por la OMS en 2014.

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).

60. 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.

61. 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 del producto de la gestación.

62. 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.

63. 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, afectando también la relación materno-fetal.

64. 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”*.

65. 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), se establece 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.

66. Los 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”.*

67. 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”.*¹¹ En el presente caso se advierte que éste se vulneró en agravio de V1, quien a pesar de que presentó síntomas (salida de líquido transvaginal y sangrado vaginal) que constituyeron riesgo obstétrico, fueron desestimados por AR1 y AR2, lo cual 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. Los médicos tratantes incumplieron el ordinal 48 del RLGS-MPSAM que puntualiza: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales (...)”*, relacionado con el diverso 43

¹¹ 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.

del RPM-IMSS que precisa: *“El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente...”*

68. Se acreditó por este Organismo Nacional que AR1 y AR2 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

69. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el HGZ-3, se observó que AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula del médico tratante, algunos datos son ilegibles y presentan abreviaturas, además, AR4 no requisitó adecuadamente el formato de *“La Vigilancia y Atención del Parto”*, por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”*, así como el diverso 5.11 de la citada norma que indica: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

70. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, 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 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.

71. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, 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, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015 y 44/2015 en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en 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. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, 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. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

72. En la sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”¹², la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que: “...*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.*”

73. De lo expuesto, se advierte que AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron las obligaciones contenidas en los artículo 8º, fracciones I, VI 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.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

74. 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, de la 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, prevén 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

¹² Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

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.

75. 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 Víctimas¹³, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica, inadecuada atención médica y trato indigno 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, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación.

76. 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”*¹⁴, 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.

¹³ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

¹⁴ Adoptados por la ONU el 16 de diciembre de 2005.

77. En el “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.”¹⁵

78. 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.”¹⁶ 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

79. 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

¹⁵ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

¹⁶ Sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), párrafo 175.

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.”¹⁷

II. Rehabilitación

80. 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 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.

III. Satisfacción

81. 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.

¹⁷ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148.

IV. Garantías de no repetición

82. 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 un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal a todo el personal del referido HGZ-3, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993 y NOM-004-SSA3-2012, 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.

Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-3, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

V. Compensación.

83. 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 HGZ-3 en los términos descritos en esta Recomendación.

84. 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 evidencias 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 se 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. 3 en Mazatlán, Sinaloa del IMSS, 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 compensación 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 de capacitación a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Zona No. 3 en Mazatlán, Sinaloa del IMSS, 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. 3 en Mazatlán, Sinaloa del IMSS, 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. 3 en Mazatlán, Sinaloa del IMSS, 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 y AR4 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 y AR2 servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las 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, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

85. 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 1º, 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.

86. 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.

87. 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.

88. 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