



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 45 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN CULIACÁN, SINALOA.

Ciudad de México, a 29 de Septiembre de 2017

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/5560/Q**, relacionado con el caso de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de

la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 6 de julio de 2016 se recibió, por razón de competencia, la queja presentada por V2 ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, en la que refirió el caso de V1, mujer de 28 años de edad, quien cursaba un embarazo de 33 semanas de gestación y el 8 de junio de 2016, a las 2:00 horas, al presentar dolor de cabeza, vómito, pies hinchados y adormecimiento, fue trasladada al servicio de urgencias del Hospital Regional “Manuel Cárdenas de la Vega”, (Hospital Regional) ubicado en Culiacán, Sinaloa, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

4. V2 expresó que en el citado nosocomio V1 fue atendida por el médico del servicio de Urgencias, quien le diagnosticó un problema digestivo y le prescribió la aplicación de *ketorolaco*, indicándole que regresara a su casa.

5. Agregó que a las 7:00 horas de la misma fecha, V1 regresó al servicio de Urgencias del Hospital Regional ya que el dolor, vómito, hinchazón y cansancio persistían, ocasión en la que el médico del área de Urgencias la remitió al servicio de Ginecología, donde se solicitó a V2 que comprara Paracetamol líquido, el cual le fue aplicado, sin embargo, no se realizó valoración ni se le practicaron análisis. A las 13:30 horas, al persistir el dolor de cabeza se le aplicó *Dipirona* y aproximadamente a las 16:00 horas se le solicitó comprara *Bonadoxina*; posteriormente se le indicó *Ondansetron*.

6. V2 señaló que transcurrieron varias horas sin que se emitiera un diagnóstico y los síntomas persistían, mientras los médicos rumoraban que al parecer se trataba de “*preeclampsia*” o “*eclampsia*”. En la madrugada del 9 de junio de 2016, V1

presentó convulsiones, y al encontrarse en ese momento sin asistencia médica, V2 solicitó apoyo, por lo que V1 fue ingresada a quirófano donde se le practicó una cesárea y se suscitó el nacimiento de V3.

7. V1 fue trasladada al área de Terapia Intensiva, donde a decir de V2, el médico encargado le expresó que prácticamente *“ya iba muerta”*. V1 permaneció en terapia intensiva 3 días y previa práctica de diversos estudios fue diagnosticada con un *“derrame cerebral”*; no obstante, perdió la vida el día 12 de junio de 2016, asentándose como causas de muerte en su certificado de defunción *“edema cerebral”, “hemorragia subcracnoidea de arteria intracraneal no especificada Fisher IV Hunt-Hess 5”*. V2 manifestó que los estudios y tratamiento para su diagnóstico debieron practicarse desde su ingreso, a fin de *“alertar”* sobre el padecimiento que presentaba V1.

8. Con posterioridad a su nacimiento, V3 fue trasladada al área de Pediatría donde permaneció hasta el 20 de junio de 2016, fecha en la que fue dada de alta sin presentar complicaciones de salud.

9. Con motivo de la remisión del expediente de queja integrado en la Comisión Estatal, esta Comisión Nacional, inició la queja radicada en el expediente **CNDH/4/2016/5560/Q** solicitó información y copia de los expedientes clínicos de V1 y V3 al ISSSTE; asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja de V2, presentado en la Comisión Estatal el 28 de junio de 2016, al que se agregó el certificado de Defunción de V1 de 12 de junio de 2016, emitido por la Secretaría de Salud. **(Fojas 3 a 5 y 18)**

11. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/01073-4/18 de 20 de diciembre de 2016, mediante el cual el ISSSTE remitió el Informe de 8 de septiembre de 2016, suscrito

por el Coordinador de Ginecología y Obstetricia y el Subdirector Médico del Hospital Regional, sobre la atención médica otorgada a V1. **(Fojas 35, 37, 38, 40)**

12. Expediente clínico de V1, del Hospital Regional, del que destacan las siguientes constancias:

12.1 Nota médica del 8 de junio de 2016 a las 2:00 horas, firmada por AR1. **(Foja 96)**

12.2 Hoja de Urgencias de 8 de junio de 2016 a las 7:53 horas sin nombre. **(Foja 97)**

12.3 Nota vespertina de 8 de junio de 2016 sin hora ni firmas, realizada por AR2 y MIP. **(Foja 98)**

12.4 Nota de valoración y gravedad del servicio de medicina interna del 9 de junio de 2016 a las 1:40 horas, suscrita por MR1 y MR2. **(Foja 99)**

12.5 Hoja de la enfermera para recuperación Post-Anestésica inmediata del 9 de junio de 2016. **(Foja 182)**

12.6 Nota de Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos del 9 de junio de 2016 a las 4:00 horas sin firma y con nombre ilegible. **(Foja 102)**

12.7 Hoja de operaciones de 9 de junio de 2016. **(Foja 104)**

12.8 Nota de evolución vespertina UCI de 9 de junio de 2016 a las 19:50 horas, elaborada por MR3, SP1 y SP3. **(Foja 107)**

12.9 Nota de valoración matutina de 10 de junio de 2016 a las 10:05 horas, elaborada por SP4. **(Foja 100)**

12.10 Nota de evolución vespertina del 10 de junio de 2016 a las 18:06 horas, realizada y firmada por MR3. **(Foja 100)**

12.11 Nota de evolución del 11 de junio de 2016 a las 9:00 horas, realizada por SP3. **(Foja 108)**

12.12 Nota post-defunción del 12 de junio de 2016, elaborada por SP2 y SP3. **(Foja 110)**

13. Expediente clínico de V3 integrado en el Hospital Regional del que destacan las siguientes documentales:

13.1 Nota médica de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del 9 de junio de 2016, realizada por SP5 y SP6. **(Foja 87 reverso)**

13.2 Nota del 9 de junio de 2016, firmada por SP7. **(Foja 87)**

13.3 Nota del 9 de junio de 2016 de las 17:40 horas realizada por SP6. **(Foja 84)**

13.4 Nota de evolución matutina del 15 de junio de 2016, realizada y firmada por SP7. **(Foja 80)**

14. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 11 de abril de 2017, por un médico de este Organismo Nacional. **(Fojas 272-297)**

15. Acta Circunstanciada de 12 de mayo de 2017, en la que se hizo constar la llamada telefónica entre personal de esta Comisión Nacional y V2, quien manifestó que no presentó queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE. **(Foja 298)**

16. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/02149-4/17 de 9 de agosto de 2017, por el cual el ISSSTE informó que en el caso de V1, el Comité de Quejas Médicas de esa instancia determinó el caso como procedente con pago de indemnización. **(Foja)**

17. Acta Circunstanciada de 5 de septiembre de 2017, en la que se informó que aún no se realiza el pago correspondiente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 29 de junio de 2016, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa inició expediente de queja 1, el cual, por razón de competencia fue remitido a este Organismo Nacional el 6 de julio de 2016.

19. El 12 de mayo de 2017 en gestión telefónica, la quejosa informó a este Organismo Nacional que con motivo de los hechos no interpuso queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

20. En atención a la solicitud realizada el 18 de agosto de 2016, por personal de este Organismo Nacional sobre el inicio de algún procedimiento de investigación sobre el caso de V1, el ISSSTE informó que el mismo fue expuesto en el “Comité Hospitalario de Mortalidad y Morbilidad Materna y Perinatal”; es así que en fecha 31 de julio de 2017 el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió el caso en sentido procedente con indemnización, sin embargo a la fecha de la emisión del presente pronunciamiento, la autoridad no ha aportado elementos que permitan acreditar el pago correspondiente, u otras medidas tendientes a la reparación del daño, ya que en comunicación telefónica realizada el 5 de septiembre del año en curso, la citada autoridad indicó no haber efectuado el pago correspondiente a la indemnización.

IV. OBSERVACIONES.

21. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/5560/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud de V1; 1.1. Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital Regional, 2. Derecho a la vida de V1, y 3. Derecho a la información en materia de salud de V1.

1. Derecho a protección de la salud de V1.

22. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*¹.

23. Esta Comisión Nacional, ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad”*².

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Abril de 2009, página 164. Registro 167530. Ver CNDH Recomendación 24/2017, párr. 25

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, pág. 7.

24. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que “el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”³.

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

25. En el presente caso, V1 llevó su control prenatal en una Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, y en las 3 consultas a las cuales acudió no presentó algún dato de alarma. No obstante, el 8 de junio de 2016, cuando cursaba 33 semanas de embarazo, presentó cefalea, dolor en el epigastrio y vómito, por lo que acudió a las 2:00 horas al Hospital Regional, siendo atendida por AR1, a quien refirió haber ingerido alimentos ricos en grasas y condimentos, prescribiendo el citado médico *Ketorolaco, Omeprazol y Paracetamol*, determinando su alta al domicilio.

26. Sobre el particular, en la opinión del médico de este Organismo Nacional, se estableció que si bien la ingesta de alimentos grasos y condimentados puede ocasionar la presencia de un cuadro de gastritis, era importante investigar los síntomas de V1, ya que de conformidad con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo de la Secretaría de Salud, se destacó que en un estudio realizado sobre pródromos (antecedentes) de eclampsia se identificó que 50% de las pacientes presentaba cefalea.

27. En el mismo sentido se puntualizó que en la práctica médica se ha documentado como el síntoma premonitorio de eclampsia más frecuente la cefalea y se considera también un factor de riesgo en pacientes con preeclampsia para presentar eclampsia, existiendo evidencia de que el dolor epigástrico, en el hipocondrio

³ Además se puntualizó que: “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

derecho, náusea y vómito son factores independientes de morbilidad en pacientes con preeclampsia.

28. Además, a pesar de que V1 no cursaba con hipertensión arterial, la citada guía refiere que una paciente asintomática no descarta el padecer preeclampsia, por lo que se debe realizar la búsqueda de síntomas y signos en cada consulta, sin embargo, AR1 la dio de alta, no tomando en cuenta los datos de alarma descritos por V1 (cefalea, vómito y dolor epigástrico) para ingresarla e indicar estudios de laboratorio y tomas seriadas de tensión arterial (periódicas), para descartar o confirmar una enfermedad hipertensiva del embarazo como la preeclampsia y tomar las medidas adecuadas para evitar complicaciones de esa patología.

29. Es así que en la misma fecha, a las 7:23 horas, 5 horas después, V1 acudió nuevamente al Hospital Regional, siendo atendida por personal médico⁴ que reportó lo siguiente: “...*Tensión arterial 120/82, pulso 80... continúa con cefalea moderado agudo la TA NL refiere vómitos en tres ocasiones puras flemas los movs fetales NLS no pérdidas TV no datos de IVU... pasa a piso de GO...*”.

30. Sobre esta atención, si bien se indicó su ingreso al área de Ginecología y Obstetricia, de la Hoja de Valoración de Urgencias se registró como hora de atención de V1 las 9:36 horas, permaneció en espera por un lapso aproximado de 2 horas, a pesar de tratarse de una paciente en periodo gestacional con datos de alarma (cefalea y vómito) que no fueron considerados para su ingreso en la valoración previa, coadyuvando al desarrollo de preeclampsia.

31. El mismo día V1 fue valorada por AR2 y MIP1, quienes no asentaron en la nota correspondiente la hora de atención, ni su firma; asimismo, se estableció como diagnóstico “*33SDG más cefalea de días de evolución acompañada de náuseas vómito*”, por lo que se le indicó *Ondasetrón*, continuando bajo vigilancia y monitoreo de tensión arterial. Sobre ello, el médico de esta Comisión Nacional concluyó que nuevamente no se tomaron en cuenta los datos de cefalea persistente, vómitos y

⁴ No se cuenta con nombre del médico en la nota.

náuseas y por lo tanto no se solicitaron estudios de laboratorio conformados por Biometría Hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina, Tiempos de Coagulación y Pruebas de Funcionamiento Hepático para emitir un diagnóstico y descartar la presencia de preeclampsia o Síndrome de Hellp, lo que desencadenó su desarrollo.

32. Además, únicamente se prescribió *Ondasetrón* para controlar náuseas y vómitos, pero no se establecieron medidas para determinar el origen de estos síntomas, tales como ultrasonido obstétrico e indicación de laboratorios y con ello descartar las patologías ya mencionadas para en su caso, determinar la interrupción del embarazo vía cesárea. Lo anterior considerando que la mencionada Guía de Práctica Clínica establece que el manejo de la preeclampsia debe estar basado en el conocimiento de que la interrupción de la gestación es la única cura de ese padecimiento, siendo el caso que una de las mayores complicaciones que genera es la presencia de eclampsia que puede ser mortal para la madre.

33. Asimismo, el médico de este Organismo Nacional puntualizó que a pesar de que se indicó el monitoreo de tensión arterial, del análisis realizado al expediente clínico de V1, no se ubicaron las constancias en las que se asentara el control de este parámetro, desconociéndose las elevaciones del mismo, lo que favoreció una disfunción circulatoria, o bien, un proceso hemorrágico por la ruptura de una arteria, afectando esta precaria vigilancia el estado clínico de V1. Tampoco, obra constancia hasta ese momento de hojas de enfermería o registro de control de sus signos vitales, administración de medicamentos y soluciones parenterales o referencia de algún dato de alarma, denotando ello la inadecuada vigilancia de la paciente por parte de AR2 y MIP, así como del personal de enfermería, al cual no es posible identificar, debido a la carencia de las constancias antes descritas.

34. Lo anterior, se robustece con las manifestaciones realizadas por V2, en su escrito de queja sobre las condiciones en que permanecía V1 en el nosocomio en el sentido de que *“...la instalan en la cama (...) del mismo ISSSTE, de donde nunca nos separamos de ella por lo que narro lo que vimos y vivimos, allí en piso, nadie*

trató de calmar el dolor, y ella seguía vomitando y cada vez más decaída... sólo le toman la presión y no le hacen ni valoración ni análisis, nada sólo en observación, como a las 13.30 de la tarde le comenté a un doctor que seguía su dolor de cabeza y le aplican dipirona, como a las 16.00 de la tarde sigue vomitando y el dolor de cabeza no para, no hay diagnóstico sólo observación, su embarazo no importaba y el producto menos... a las 20.30 de la noche le toman la presión ella más débil y vomitando, hinchada sin fuerzas, y ojos cerrados... así la tuvieron en observación todo el día miércoles 08..."

35. La siguiente valoración documentada en el expediente clínico de V1 se encuentra el 9 de junio de 2016 a las 1:40 horas, es decir, no existió una vigilancia y valoración de su estado, toma de signos vitales de manera periódica, ni solicitud de exámenes de laboratorio, lo que permite confirmar la falta de atención adecuada a la paciente por parte de AR1, AR2 y MIP, situación que propició el deterioro crítico del estado de salud de V1 como se detalla a continuación.

36. En la nota elaborada con motivo de la citada revisión, MR1 y MR2, en lo esencial detectaron lo siguiente: *"...Cefalea global incoercible, vómito de contenido gástrico de 2 días de evolución y deterioro neurológico desde hace aproximadamente 30 minutos... mal control de secreciones en cavidad oral...frecuencia cardiaca de 98 lpm, tensión arterial 140/80 mmHg, neurológicamente inconsciente, con Glasgow 4/15 (O1, V1, M2), glucemia capilar 103 gr/dl... el deterioro neurológico aparentemente secundario a periodo postictal ya que durante la exploración inicial, la paciente presenta crisis convulsiva generalizada tónica... al momento de la valoración la paciente no cuenta con exámenes laboratoriales recientes.....se realiza valoración secundaria a los 5 minutos... frecuencia cardiaca de 102 lpm, tensión arterial 160/80mmHg....las dos entidades posibles como causa de la afección neurológica tan importante que presenta son, Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tipo Eclampsia vs Hemorragia subaracnoidea... presenta datos de sufrimiento fetal"*.

37. En atención a lo anterior, se observa que V1 continuaba presentando cefalea, vómito, y en este momento cursaba ya con hipertensión arterial, sin embargo, no se tiene conocimiento del momento de su aparición debido a la falta de vigilancia y registros, confirmándose con ello la evolución del cuadro hipertensivo, el daño a nivel circulatorio y la exacerbación de un cuadro de preeclampsia en eclampsia atendiendo al “*Glascow de 4*” que se refirió en la nota y las crisis convulsivas generalizadas.

38. Por tanto, MR1 y MR2 determinaron la administración de Sulfato de Magnesio y *Difenilhidantoína*, como anticonvulsivos, no obstante, a pesar de que la prescripción de los médicos fue correcta, al no existir hoja de indicaciones y de enfermería en el expediente, no se puede confirmar la administración de los medicamentos.

39. El médico de esta Comisión Nacional también destacó que se estableció un inadecuado control de secreciones en la cavidad oral por parte de AR2 y MIP, por lo que MR1 y MR2 efectuaron una aspiración de las mismas con cánula de Guedel para evitar una broncoaspiración, ya que las convulsiones provocadas por la eclampsia pueden ir seguidas de edema pulmonar; en ese sentido V1 presentó convulsiones e inadecuado manejo de secreciones sin la debida atención, lo cual, además de provocarle una hemorragia interna causó un edema pulmonar, que no fue confirmado debido a la falta de equipo de Rayos X.

40. En la misma revisión, 5 minutos después, MR1 y MR2 detectaron que V1 tenía frecuencia cardíaca de 102 lpm y tensión arterial de 160/80 con persistencia de crisis convulsivas generalizadas tónicas; al respecto, debido a la falta de evidencia en el expediente clínico, no fue posible constatar la aplicación del anticonvulsionante (sulfato de magnesio); además, ante la presencia de hipertensión, era necesario indicar antihipertensores tales como hidralazina, labetalol o nifedipina, sin embargo no existe anotación sobre la indicación de medicamentos para controlar tal circunstancia por los servicios de Ginecología y Obstetricia o Medicina Interna, continuando el deterioro clínico de V1.

41. Las crisis convulsivas persistieron seguidas de la aparición de sufrimiento fetal agudo, que se expresó con cambios de frecuencia cardíaca fetal de 108 a 172 latidos por minuto, por lo que se determinó el ingreso de V1 a quirófano para la interrupción del embarazo por cesárea el 9 de junio a las 2:05 horas, suscitándose el nacimiento de V3. El servicio de Medicina Interna reportó que las causas de las crisis convulsivas fueron producidas por eclampsia contra hemorragia subaracnoidea, padecimientos que de acuerdo con el criterio del médico de este Organismo Nacional tienen correlación, dado que la preeclampsia que padeció V1 se complicó en eclampsia produciendo la hemorragia, debido a las omisiones antes descritas.

42. En la misma fecha, con posterioridad a la cesárea, V1 fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde personal médico estableció que se encontraba inconsciente, en un estado deteriorado, por lo que se prescribió oxitocina, sulfato de magnesio, analgésico y antibiótico (cuyo nombre no fue asentado en la nota); pero al no contar con hoja de indicaciones y enfermería no es posible verificar si estos medicamentos fueron administrados y determinar el manejo integral de V1.

43. A las 19:50 horas del 9 de junio de 2016, SP1, MR3 y SP3 reportaron la presencia de hemorragia subaracnoidea⁵, por lo que practicaron una *Ventriculostomía*⁶ para evitar un sangrado masivo y un edema, pero se encontró un coágulo intracerebral, lo que era indicativo de que V1 tenía un mal pronóstico de sobrevida; se realizó sedación a base de *Midazolam* y apoyo sobre las funciones vegetativas cerebrales con *Norepinefrina* y se solicitó un encefalograma para determinar el funcionamiento a nivel cerebral, el cual se encontraba en riesgo.

44. El 10 de junio de 2016 a las 10:05 horas, V1 fue valorada por SP4, quien reportó proteinuria, taquicardia hipotérmica, pupilas con midriasis bilateral y arrefléxicas, diuresis alta y glicemias capilares; se le prescribió midazolam, norepinefrina,

⁵ Extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo.

⁶ Orificio en los ventrículos que permite una conexión entre estos y el espacio subaracnoideo.

nimodipino, hidrocortisona, omeprazol, ceftriaxona, tramadol y fenitoina, valorándola con mal pronóstico para la vida. Al respecto no es posible afirmar la administración de los fármacos por no haberse integrado hojas de indicaciones y enfermería; asimismo de acuerdo con el resultado del Examen General de Orina reportado en la misma fecha, V1 presentaba proteinuria la cual era un parámetro de sospecha de preeclampsia, lo que permite confirmar que V1 sí padeció tal patología.

45. A las 18:06 horas V1 fue valorada por MR3, quien reportó que la función a nivel cerebral no se encontraba alterada, por lo que determinó inducir un coma farmacológico con “*tiopental*” para evitar el curso de la hemorragia; asimismo al aumentar los niveles de orina se le diagnosticó diabetes insípida central.

46. En suma, de acuerdo con lo descrito por el médico de esta Comisión Nacional, las complicaciones antes expresadas fueron consecuencia de la inadecuada atención médica y falta de supervisión continua del personal encargado de su vigilancia médica en el Hospital Regional, en el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia que presentaba, misma que derivó en eclampsia y los padecimientos antes mencionados, conculcando con ello el derecho a la protección de la salud de V1.

47. En relación con la atención otorgada a V3, con posterioridad a su nacimiento, cabe destacar que, del análisis realizado por un médico de este Organismo Nacional sobre el caso, se concluyó que, en atención a su prematurez, se le otorgó un seguimiento médico adecuado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por lo que presentó una evolución y pronóstico favorables, y de manera correcta fue dada de alta el 20 de junio de 2016.

48. Por todo lo expuesto, este Organismo Nacional considera que AR1, AR2, y MIP inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 27 y 29

de la Ley del ISSSTE, 8°, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

49. Igualmente, omitieron atender lo previsto en los artículos XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10.1 y 10.2, inciso a), Del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

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

2. Derecho a la vida de V1.

51. Este Organismo Nacional ha considerado que el derecho a la vida *“consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano”*⁷.

⁷ Recomendación 51/2015, párrafo 110.

52. El derecho a la vida tiene un contenido normativo de doble naturaleza: el deber del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

53. Este Organismo Constitucional ha reiterado que *“los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales –como el derecho a la vida”*⁸; por tanto, los incumplimientos a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso⁹.

54. El 11 de junio de 2016 a las 9:00 horas, V1 fue valorada por SP3 quien estableció que presentaba muerte encefálica con falla renal, hematológica, respiratoria y hemodinámica, es decir, un síndrome de disfunción orgánica múltiple, con un pronóstico de vida poco favorable, ya que su tasa de mortalidad era del 90%.

55. El 12 de junio de 2016, SP2 y SP3 diagnosticaron que V1 sufrió un paro cardiorrespiratorio; realizaron maniobras de reanimación sin éxito, por lo que se declaró su fallecimiento a las 14:00 horas, determinándose como causas de defunción: edema cerebral, hemorragia subaracnoidea de arteria craneal no especificada.

56. En conclusión, la inadecuada atención médica otorgada a V1, así como la precaria vigilancia y falta de interés del personal médico propició de manera directa su deceso, vulnerándose con ello su derecho a la vida, previsto en los artículos 1°

⁸ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

⁹ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 106.

Constitucional, 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

3. Derecho a la información en materia de salud.

57. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*¹⁰.

58. Esta Comisión Nacional sostuvo en su Recomendación General 29 *“sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”* que: *“la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*¹¹.

59. En el presente caso, durante el seguimiento médico de V1, se detectaron diversas irregularidades y omisiones en la integración del expediente clínico de V1 y durante su atención. En la nota elaborada el 8 de junio de 2016 a las 9:36, no se estableció el nombre completo del médico tratante; asimismo, en la nota de la misma fecha, suscrita por AR2 y MIP1 no se asentó firma ni hora de elaboración, incumpliendo la NOM-004-SSA3-2012. “Del expediente clínico” en su numeral 5.10 y propiciando que no sea posible conocer de manera precisa la atención otorgada a V1.

60. Además, la omisión del personal tratante en la elaboración de hojas de registro, indicaciones y enfermería para llevar un control de signos vitales, así como

¹⁰ Observación General 14, ibídem, párr. 12, inciso b, fracción IV.

¹¹ Párrafo 35.

de la aplicación de medicamentos, soluciones parenterales y referencia a algún dato de alarma, propició el desconocimiento del seguimiento de su padecimiento, del tipo de tratamiento aplicado y si los medicamentos prescritos fueron administrados, lo que contribuyó al descontrol en la atención y al deterioro del estado de V1, incumpliendo con los numerales 9 a 9.2.8 de la NOM-004-SSA3-2012.

61. Este Organismo Nacional considera que con tales omisiones se vulneró el derecho a la información en materia de salud de V1 y V2, considerando además que V2 no pudo tener acceso al conocimiento completo e integral de la atención médica otorgada a V1.

4. Responsabilidad.

62. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en irregularidades en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en el apartado de observaciones, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la vida, protección de la salud de V1, y a la información en materia de salud de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en previstos en los artículos 7 y 8, fracciones I y XXI de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente en la fecha en que sucedieron los hechos.

5. Reparación integral del daño.

63. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1º, 2º, fracción I, 7º, fracciones II, VI, VII y VIII, 8º, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción IV, 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se

emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, al acreditarse al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la vida y a la información en materia de salud de V1, atribuibles a servidores públicos, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

64. De conformidad con el artículo 4° de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, V2 y V3 adquieren la calidad de víctimas indirectas, con motivo del vínculo familiar existente en su calidad de madre e hija de V1, el cual propicia que sean susceptibles de sufrir un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberán ser consideradas para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

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

66. 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.

67. En el presente caso, cabe destacar que al realizar una valoración del caso es pertinente destacar que, a fin de garantizar el goce de atención médica de calidad de manera permanente, se deberá otorgar a V3 afiliación a los servicios médicos del ISSSTE hasta que cumpla la mayoría de edad, en centros que cuenten con tratamientos adecuados.

b) Medidas de satisfacción.

68. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa y la denuncia penal que se presenten en contra de AR1 y AR2, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

69. Asimismo se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1 y AR2 a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1 y V2.

c) Garantías de no repetición.

70. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital Regional, cursos de capacitación en materia de **1)** derecho a la vida en el ámbito de la protección de la salud materna y **3)** derecho a la información en materia de salud, y el debido cumplimiento de la NOM 004-SSA3-2012 *“Del Expediente Clínico”*.

71. Se establezcan medidas efectivas para garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas

correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

d) Medidas de compensación.

72. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a la información en materia de salud de V1, la autoridad responsable deberá establecer una compensación económica en favor de V2 y V3, conforme a la Ley General de Víctimas.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V2 y V3 conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el Hospital Regional, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica con oportunidad, calidad y calidez, a V2, siempre que así lo acepte, así como atención médica que requiera, hasta la mayoría de edad, para V3 en centros de atención médica perteneciente a ese Instituto, que cuenten con tratamientos adecuados y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el Hospital Regional los siguientes cursos: **1)** derecho a la vida en el ámbito de la protección de la salud materna y **2)** derecho a la información en materia de salud y el debido cumplimiento a la NOM 004-SSA3-2012 *“Del Expediente Clínico”*. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños

como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario a AR1 y AR2 ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

QUINTA. Colabore en la integración de las investigaciones derivadas de la denuncia, que con motivo de los hechos presente esta Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Gire instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1 y AR2, a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1 debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en el Hospital Regional, adopten medidas efectivas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la Comisión

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

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

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

74. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

75. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ