



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 44/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 71, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de octubre de 2018.

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

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/4/2018/1821/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, 147 de su Reglamento Interno, y 68 fracción VI y 116 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.*

I. HECHOS.

3. El 28 de febrero de 2018, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por V2 en la que denunció violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, presumiblemente atribuibles a personal médico de los Hospitales Generales de Zona número 71 y 197, del Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante “IMSS”), en el Estado de México.

4. V2, narró que el 30 de junio de 2016, a las 13:00 horas aproximadamente, V1 quien cursaba con 38 semanas de gestación y tenía expulsión de moco transvaginal e inicio de actividad uterina irregular, acudió al Hospital General de Zona número 71 (en adelante “HGZ-71”) del IMSS, donde el médico tratante le dio cita abierta con indicaciones de alarma obstétrica.

5. El 1 de julio de 2016, a las 16:00 horas aproximadamente, V1 regresó a consulta obstétrica de urgencias en el mencionado nosocomio, reportándose: “*sin datos de urgencia quirúrgica inmediata, se prioriza atención, servicio lleno, un médico en área*”, por lo que se indicó una “*revaloración en 8-12 hrs*”.

*Glosario: R: Recurrente, V: Víctima, SP: Persona Servidora Pública, AR: Autoridad Responsable; EQ: Expediente de Queja.

6. El 2 de julio de 2016 aproximadamente a las 14:20 horas, V1 acudió nuevamente al HGZ-71 por referir salida de líquido transvaginal de 24 horas de evolución, y se reportó que presentaba “*membranas rotas con tarnier y valsalva positivos, con salida franca de líquido amniótico con tinte meconial*”, indicándosele ingresar a labor de parto.

7. Ese mismo día, a las 15:00 horas, V1 ingresó a labor de parto, donde fue evaluada por un médico ginecoobstetra, y a las 20:00 horas, se inició la cesárea donde nació V3, procedimiento durante el cual se presentaron diversas complicaciones que derivaron en una histerectomía obstétrica total¹ y en un estado de choque hipovolémico grado IV²; a las 23:00 horas, V1 entró en paro cardiaco respiratorio realizándosele las maniobras para su reanimación. Es así que, a las 00:20 horas, se solicitó su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Zona número 197 (en adelante “HGZ-197”) del IMSS.

8. Por lo que respecta a V3, presentó sepsis neonatal³ e hiperbilirrubinemia⁴ posteriores a su nacimiento, la primera como resultado de la ruptura de membranas materna de larga evolución.

9. El 3 de julio de 2016, a las 04:17 horas, V1 ingresó urgentemente al área de quirófano del HGZ-197, en estado de choque hipovolémico grado IV, donde fue

¹ Histerectomía: Extirpación del útero, que puede ser total o parcial, denominándose entonces histerectomía total o subtotal. La intervención quirúrgica puede ser realizada por vía abdominal o vaginal. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Diccionario de Medicina, Editorial ESPASA, 2001. Pág. 643.

² Choque hipovolémico grado IV: Hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500ml. Ésta se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml y severa cuando es más de 2000ml. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. CENETEC; 2017. Pág. 7.

³ Sepsis neonatal: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, en presencia o como resultado de infección sospechada o confirmada. La sepsis neonatal se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida. Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; noviembre 2012. Pág. 9.

⁴ Hiperbilirrubinemia: Los niveles de bilirrubina total sérica que excedan el percentil 95% de acuerdo a la edad postnatal en horas. Guía de Práctica Clínica de Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina. México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. Pág. 16.

intervenida quirúrgicamente y mantenida bajo supervisión de evolución, durante los días siguientes.

10. El 5 de julio de 2016, debido a complicaciones vasculares e isquemia⁵ prolongada en el miembro pélvico izquierdo (pierna izquierda) de V1, el servicio de angiología y cirugía general de dicho hospital valoró y determinó la necesidad de amputar la pierna izquierda.

11. El 6 de julio de 2016, después de *“sufrir fibrilación ventricular y realizar manejo a base de RCP y compresión torácica para tratar de restablecer la circulación por parte de los médicos”*, V1 falleció.

12. Después del fallecimiento de su concubina, V2 realizó múltiples acciones para obtener las copias del expediente clínico de V1 en ambos hospitales donde tuvo atención. El 25 de abril de 2017 fue citado para acudir a ambos hospitales y le hicieron entrega de dichas copias, fecha en la que advirtió posibles violaciones a los derechos humanos de V1. por lo que esta Comisión Nacional en términos del artículo 26 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos admitió el escrito de queja.

13. Con motivo de los hechos narrados en la queja, esta Comisión Nacional, inició el expediente CNDH/4/2018/1821/Q, solicitó información y copia de los expedientes clínicos de V1 y V3 al IMSS; 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.

⁵ La isquemia de extremidades inferiores está causada por la obstrucción de una de las arterias principales encargada del aporte sanguíneo a las piernas. Diccionario Médico, Clínica de la Universidad de Navarra.

II. EVIDENCIAS.

16. Escrito de queja presentado el 28 de febrero de 2018 ante esta Comisión Nacional, donde V2 expuso presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 y V3, por parte del personal médico del IMSS, que derivaron en la muerte de V1 y afectaciones a la salud de V3. (Foja 02 a 27)

17. Acta Circunstanciada del 6 de marzo de 2018, en la que consta la entrevista telefónica realizada por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional a V2, en relación con la precisión de los hechos del caso. (Foja 664)

18. Oficio 095217614C21/760 de 17 de mayo de 2018, mediante el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social rindió el informe solicitado por esta Comisión Nacional. (Foja 682)

19. Expediente clínico de V1, integrado en la Unidad de Medicina Familiar número 181 del IMSS, referente al Control Prenatal. (Foja 709 a 752)

20. Expediente clínico de V1, integrado en el HGZ-71 del IMSS. (Foja 901-1010)

21. Expediente clínico de V3, integrado en el HGZ-71 del IMSS. (Foja 872 a 900)

22. Expediente clínico de V1, integrado en el HGZ-197 del IMSS. (Foja 753 a 871)

23. Oficio 095217614C21/540 de 26 de abril de 2018, mediante el cual el IMSS rindió el informe en alcance a lo solicitado por esta Comisión Nacional. (Foja 1012)

24. Opinión Médica sobre el caso de V1, de 25 de agosto de 2017, emitida por una perita médica particular especialista en ginecología y obstetricia, que fue aportada por el representante de V1 como parte del expediente. (Foja 1034 a 1065)

25. Acta circunstanciada y anexos de 18 de septiembre de 2018, en la cual se recibe información en alcance proporcionada por el IMSS, así como información por parte del representante del peticionario con relación al estado que guarda el procedimiento de responsabilidad patrimonial del Estado. (Foja 1066 a la 1078)

26. Oficio 095217614C21/2208 y anexos de 20 de septiembre 2018, mediante el cual el IMSS rindió el informe en alcance a lo solicitado por esta Comisión Nacional. (Foja 1079-1255)

27. Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 25 de septiembre de 2018, por personal médico de este Organismo Nacional. (Foja 1257-1452)

28. Acta circunstanciada de 3 de octubre de 2018, en la que consta la entrevista telefónica realizada por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional al representante del peticionario para la precisión de hechos del caso. (Foja 1453)

29. Acta circunstanciada de 4 de octubre de 2018 y anexos, en la que consta la entrevista telefónica realizada por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional al representante del peticionario para la solicitud de información relacionada con la situación jurídica del caso. (Foja 1469-1473)

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

22. El 21 de mayo de 2018, el IMSS informó a este Organismo Nacional que, con motivo de los hechos existía un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado ante el jurídico de la Delegación “Estado de México Oriente” del IMSS, que fue promovido por V2.

23. El 18 de septiembre de 2018, el representante de V2 refirió que el 18 de junio de 2018, se dictó la resolución dentro del procedimiento de responsabilidad

patrimonial del Estado, en la cual se declaró infundada la reclamación interpuesta por V2 debido a que no se acreditó la actividad irregular del Estado.

24. El 15 de agosto de 2018, se presentó la demanda de juicio de nulidad ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en contra de la resolución citada.

25. El 22 de agosto de 2018, se admitió la demanda de nulidad y se asignó número de expediente, mismo que se encuentra en trámite en la Décimo Cuarta Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

IV. OBSERVACIONES.

26. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja CNDH/4/2018/1821/Q, y atendiendo a lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1, V2, V3 y V4, por lo que a continuación, se realizará el análisis siguiente: A. Derecho a la protección de la salud; B. Derecho a la vida; C. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 y V3 en el HGZ-71 y HGZ-197; D. Responsabilidad; y E. Reparación integral del daño.

A. Derecho a la protección de la salud.

27. 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*⁶.

28. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

29. 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, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁷.

30. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU, 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 mujer⁸.

31. A nivel regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el*

⁶ SCJN. 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”*. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Abril de 2009. Registro No. 167530.

⁷ CNDH. Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, 23 de abril de 2009, p. 7, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párr. 21.

⁸ 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 a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”⁹.

32. Por lo anterior, este Organismo Nacional reitera la necesidad de prestar el servicio médico conforme a las necesidades de la paciente en cada una de las etapas del embarazo, teniendo presente los factores que pudiesen representar un riesgo al bienestar del binomio materno infantil, como lo son: la edad, anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo.

A.1 Atención prenatal de V1 en el Unidad de Medicina Familiar (UMF) 181 del IMSS.

33. V1 fue atendida en la UMF número 181 del IMSS, para su control prenatal del 19 de octubre de 2015 al 29 de junio de 2016, periodo durante el cual en diferentes ocasiones se advirtió que la agraviada presentaba alteraciones compatibles con infecciones del tracto urinario y vaginitis, prescribiéndole antibiótico por vía oral y tópico. Lo anterior –de acuerdo a la opinión médica de esta Comisión Nacional– constituyó una vigilancia y manejo adecuados y oportunos durante el control prenatal de V1, permitiendo que el embarazo llegara a término sin mayores complicaciones.

⁹ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

A.2 Inadecuada atención médica de V1 en el HGZ-71 del IMSS.

34. El 24 de mayo de 2016, V1 acudió al Servicio de Urgencias del HGZ-71, donde fue atendida por SP1, a quien manifestó que ese día aproximadamente a las 8:00 horas *“inició con salida de agua como si orinara [...] dolor abdominal tipo cólico leve”*. El médico estableció que V1 contaba con antecedentes de dos embarazos previos, uno resuelto por cesárea, un aborto, además del actual embarazo.

35. Ese mismo día, SP1 diagnosticó a V1 con *“embarazo de 33 semanas de gestación”* y probable ruptura de membranas, indicando la realización de un ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico y examen general de orina.

36. A las 15:17 horas, V1 fue revalorada por SP2, quien con los resultados proporcionados del reporte de ultrasonido determinó que V1 cursaba un embarazo de *“33.4 semanas por fecha última de menstruación y 32.5 semanas por ultrasonido [...] a descartar probable ruptura de membranas, probable infección de vías urinarias y cervicovaginitis”*, solicitando oportunamente una cristalografía y examen general de orina, indicando datos de alarma con cita abierta a urgencias.

37. A las 18:04 horas, V1 presentó los resultados de los estudios requeridos donde se determinó la presencia de bacterias, por lo que SP2 le prescribió tratamiento pertinente e indicó datos de alarma, con cita abierta, recomendándole continuar con control prenatal y repetir examen general de orina al concluir el tratamiento.

38. El 30 de junio de 2016, a las 13:34 horas, V1 acudió al servicio de admisión de toco-quirúrgica de Ginecología y Obstetricia del HGZ-71, presentando expulsión de moco transvaginal e inicio de actividad uterina irregular. En ese momento fue atendida por AR1 quien diagnosticó un embarazo de 38.5 semanas de gestación, inicio de síntomas de trabajo de parto, el antecedente de cesárea previa no reciente, indicándose cita abierta por razón necesaria.

39. En la valoración médica realizada por AR1, al realizar el tacto vaginal no advirtió “*la presentación, variedad de posición y grado de encajamiento del producto de la gestación*”, y no estableció la proporción cefalopélvica (relación de la medida de la pelvis materna con la cabeza fetal), como lo señala la NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”¹⁰, con la finalidad de determinar si V1 podía continuar con una prueba de trabajo de parto o debía interrumpirse el embarazo vía cesárea.

40. Esta Comisión Nacional observa que, debido a que V1 fue advertida con “*cérvix abierto, con un centímetro de dilatación y 50% de borramiento*”, esta se encontraba en fase latente de parto¹¹; no obstante, AR1 determinó el egreso de V1 sin considerar que cursaba con un embarazo de riesgo por su edad mayor a 35 años y el antecedente de cesárea. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo riesgo* recomienda la monitorización cardiotocográfica continua en las pacientes con prueba de parto posterior a una cesárea con la finalidad de identificar y manejar la emergencia obstétrica; no obstante, AR1 no indicó el ingreso de V1 a hospitalización.

41. A las 20:50 horas, V1 acudió nuevamente al servicio de admisión de toco-quirúrgica del HGZ-71, donde fue atendida por una persona que realizó una revisión y señaló que V1 se encontraba en fase latente de parto. No es posible determinar la identidad de quien realizó la nota debido a que no registró su nombre y firma.

42. El 1 de julio de 2016, a las 16:00 horas, V1 acudió por tercera vez al servicio de admisión de toco-quirúrgica por presentar leucorrea (secreción vaginal), y AR2 encontró al tacto vaginal “*el cérvix posterior, con 2 cm de dilatación*” y pelvis útil para

¹⁰ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”. Disposición 5.5.4.

¹¹ Fase latente de parto: La fase latente de parto es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm. y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes múltiparas 12 horas. *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo*. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014. pág. 17.

eutocia (buen parto), determinando que se encontraba en fase de parto latente sin datos de urgencia quirúrgica inmediata, por lo que indicó a V1 revaloración en un lapso de 8 a 12 horas o de forma inmediata ante signos de alarma. También enfatizó que se encontraba priorizando la atención, ya que el servicio se encontraba saturado con solamente un médico en el área.

43. La opinión médica de este Organismo Autónomo indicó que AR2 no examinó de manera adecuada la secreción vía vaginal que refirió V1, al no corroborar, por medio de estudios de cristalografía o ultrasonido, si la secreción era líquido amniótico.

44. Por lo que refiere al diagnóstico de “*pelvis útil para eutocia*”¹², es importante mencionar que en las notas médicas no se encontraron los fundamentos o estudios complementarios con lo que determinaron dicho diagnóstico, a pesar de que contrariamente existían evidencias que el trabajo de parto no progresaba adecuadamente debido a que se encontraba en una fase latente de parto prolongada.

45. Esta Comisión Nacional advierte que, desde la primera ocasión en que V1 se presentó al servicio de admisión toco-quirúrgica del HGZ-71, el 30 de junio de 2016, hasta la tercera vez en que volvió a solicitar la atención, el 1 de julio a las 16:00 horas, contaba ya con 26 horas en trabajo de parto en fase latente. De acuerdo con la opinión médica realizada por este Organismo Autónomo, la duración normal del trabajo de parto en fase latente en pacientes nulíparas (primer parto) es de 18 horas y de una múltipara (más de un parto) es de 12 horas, por lo que derivado del tiempo de evolución que cursaba V1, esta se encontraba en una fase latente prolongada sin que se determinara la causa.

46. La *Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, indica que la fase latente de parto es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen

¹² Forma de pelvis materna, suficiente para un parto normal y sin complicaciones.

borramiento y dilatación hasta de 4 centímetros. Fase que es distinta a la activa de parto, donde las contracciones son regulares y hay una dilatación progresiva a partir de 4 centímetros.

47. El 2 de julio de 2016, a las 14:20 horas, V1 acudió nuevamente al HGZ-71 refiriendo tener salida de líquido transvaginal. En dicha atención, SP3 señaló que V1 contaba –entre otras cosas- con “*membranas amnióticas rotas con maniobras de Tarnier y Valsalva positivos con franca salida de líquido amniótico con tinte meconial*”, por lo que indicó su ingreso al servicio de labor de parto, la vigilancia de sus signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería y solicitó estudios básicos de laboratorio sin especificar cuáles.

48. Ese mismo día, a las 15:00 horas, AR3 atendió a V1, quien refirió discreta actividad uterina, pérdida de líquido amniótico por vía transvaginal (amniorrea) de 24 a 27 horas de evolución, adecuada motilidad fetal, sin síntomas de vaso espasmo, con la última ingesta de alimentos sólidos a las 14:00 horas y solicitó salpingoclasia. AR3 estableció que V1 tenía ruptura prematura de membranas de “*24 a 27 horas de evolución, potencialmente infectada por el tiempo transcurrido*”, y consideró que era candidata a prueba de trabajo con oxitocina bajo vigilancia estrecha y con doble esquema de antimicrobianos.

49. De acuerdo a la *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*, los requisitos para iniciar la prueba de trabajo de parto en embarazo a término son: “[...] *pelvis útil [...] presentación cefálica, abocado, [d]ilatación de 4 centímetros o más, actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos), [m]embranas rotas, buen estado materno y fetal [...]*”. En el caso de V1, esta contaba con una pelvis en el límite de lo suficiente, el cérvix no contaba con 4 centímetros de dilatación, sin constancia que acredite el bienestar fetal en ese momento, por lo que V1 no era candidata a una prueba de trabajo de parto, sino a una cesárea.

50. La opinión médica de esta Comisión Nacional destacó que para ese momento, V1 cursaba con más de 49 horas en trabajo de parto en fase latente con ruptura de membranas.

51. El 2 de julio de 2016, a las 19:45 horas, V1 fue valorada nuevamente por AR3 quien advirtió que había una *“falta de progresión de trabajo de parto, variaciones en frecuencia cardíaca fetal y desproporción céfalo pélvica a expensas de pelvis materna”*, e indicó programar una cesárea Tipo Kerr y Salpingoclasia bilateral urgente debido a las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal con riesgo de asfixia de V3, indicándose en la nota médica que V1 se encontraba *“en malas condiciones generales”* y presentaba *“datos clínicos de probable compromiso de Histerorrafia¹³, anemia a expensas de hemoglobina de 11.4 y leucocitosis como criterios compatibles con probable corioamnioitis (inflamación o infección de la placenta, corión y las membranas fetales)”*, es decir, presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico que produce complicaciones en la madre y/o en el feto.

52. En su nota médica AR3 señaló que el producto se había encontrado con *“probable baja reserva fetal”*, resaltando que esta condición no se confirma mediante pruebas de bienestar fetal, debido a que el cardiotocógrafo del HGZ-71 no contaba con papel para impresión ni con equipo para realizar una ultrasonografía. También señaló que no había suficiente personal médico para la atención en ese momento, y sólo se encontraba un médico *“GINECO-OBSTETRA”* en la Unidad Tocoquirúrgica quien tenía múltiples procedimientos quirúrgicos pendientes. Como plan de manejo, AR3 solicitó paquetes globulares de reserva, continuó con el esquema antimicrobiano y la programó para cesárea, mencionando en la nota el alto riesgo de complicaciones inmediatas, mediatas, tardías, transquirúrgicas y transanestésicas por sus antecedentes y estado clínico.

¹³ Apertura de la cicatriz de la cesárea previa.

53. De acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el estudio cardiotocógrafo y la ultrasonografía eran indispensables para confirmar el estado de V1 y descartar alteraciones maternas y fetales.

54. El 3 de julio de 2016, a las 00:20 horas, AR3 refirió en su nota post-quirúrgica que V1 cursaba con el siguiente diagnóstico: “[...] *puerperio quirúrgico patológico inmediato, post cesárea complicada con histerectomía total abdominal (obstétrica), salpingooforectomía bilateral y empaquetamiento, secundario a hemorragia obstétrica por probable acretismo placentario*”. Indicó que había obtenido a una “*recién nacida, mujer, que pesó 3835 gramos, con talla de 50 centímetros [...] que nació a las 20:25 horas*”, encontrándose la “*cavidad uterina hipertérmica (con aumento de temperatura) +++*, *fétida (con mal olor) +++* y *placenta firmemente adherida*”.

55. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional observa que V1 cursó un puerperio patológico inmediato por múltiples factores que incrementaron el riesgo de atonía uterina¹⁴ y hemorragia post parto, tal y como se describirá a continuación.

56. AR3 reportó en su nota post-quirúrgica complicación consistente en hematoma a nivel de la plica vesicouterina, que corresponde a la superficie superior de la vejiga urinaria que se encuentra tapizada en toda su extensión por peritoneo, que está en contacto con el cuerpo y cuello uterino, solicitando apoyo a un segundo médico gineco-obstetra del turno nocturno para drenaje de hematoma e histerectomía y controlar la hemorragia abundante, determinando ambos que el origen de dicho hematoma correspondía a la cavidad uterina (lecho placentario), sitio donde se había desprendido la placenta. Al advertir la situación de urgencia, solicitaron apoyo al médico cirujano general del HGZ-71 para empaquetamiento y manejo multidisciplinario, activación de código ERI (Equipo de Respuesta Inmediata) para

¹⁴ Atonía uterina: Falta de contracciones de la fibra muscular uterina. Si ocurre durante el parto, prolonga la duración del mismo. Si se produce después del parto, en el alumbramiento, puede ser causa de hemorragia uterina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Diccionario de Medicina, Editorial ESPASA, 2001. Pág. 125.

revertir el paro cardiorrespiratorio que V1 presentó a las 23:00 horas de 3 de julio de 2016.

57. Por lo que respecta a las maniobras y la forma en la que se procedió durante la cesárea, es preciso mencionar que a las 00:45 horas, AR3 reportó que *“realizó histerectomía tipo Kerr [...] extrajo un producto único vivo que respiró y lloró al nacer [...]”* y posteriormente dirigió el alumbramiento placentario, observando una placenta *“FIRMEMENTE ADHERIDA”* y *“efectuó revisión de cavidad de manera textil hasta negativizar extracción de restos placentarios”* (sic) , es decir, se retiró la placenta en su totalidad, la cual se encontraba firmemente adherida.

58. Con base en lo anterior, es importante mencionar que AR3 reportó que V1 había cursado con hemorragia obstétrica por probable acretismo placentario, lo que ameritó tratamiento a base de histerectomía total abdominal, salpingooforectomía y empaquetamiento, es decir, extracción total del aparato reproductor femenino.

59. La *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales* define al acretismo placentario como *“[...] el término general para referirse a una placenta adherente y que se produce cuando la decidua basal penetra dentro y a través del miométrio¹⁵”*.

60. En cuanto al tratamiento, señala que *“[e]n caso de que la placenta no se separe con las medidas usualmente utilizadas durante una cesárea, [se debe] evitar forzar el desprendimiento, dejarla en su sitio o cerrar el útero [...] y posteriormente realizar una histerectomía”* (sic) con la finalidad de disminuir el riesgo de hemorragia. De ahí que se recomienda optar por un manejo conservador, ya que cuando existe hemorragia tiene muy pocas probabilidades de éxito, además de que se desperdicia tiempo valioso para el manejo de la paciente.

¹⁵ Placenta anormalmente adherida a la capa muscular del útero.

61. Asimismo, la citada Guía describe que “[l]a hemorragia asociada al acretismo placentario debe ser manejada por los cirujanos que cuenten con la mayor experiencia”, y se debe motivar a todo el personal para que “[...] en situaciones de hemorragia obstétrica se solicite apoyo inmediatamente al personal con mayor experiencia en el manejo”.

62. La bibliografía médica refiere que la morbilidad inmediata relacionada con una placenta anormalmente adherida, es la misma que la de cualquier tipo de hemorragia posparto; además puede ocurrir pérdida masiva de sangre e hipotensión y la manipulación intrauterina necesaria para diagnosticar y tratar dicha patología, puede causar perforación e infección uterina y requerir de histerectomía para controlar el sangrado¹⁶.

63. La referida Guía sostiene que dado que se reconoce la severa morbilidad y mortalidad asociada con placenta previa y acreta, para el manejo de estos padecimientos se recomienda contar con un grupo de trabajo experto con la presencia de los siguientes puntos: “1.- El obstetra responsable del servicio planea y supervisa al equipo que interviene en el nacimiento; 2.- El anestesiólogo responsable del servicio planea y supervisa directamente al equipo que interviene en el proceso anestésico durante la finalización del embarazo; 3.- Disponer de sangre y productos sanguíneos compatibles con la paciente; 4.- Contar con un equipo multidisciplinario en el diseño del plan para la finalización del embarazo; 5.- Obtener consentimientos de procedimientos posibles a realizar (histerectomía, dejar la placenta en el útero, radiología intervencionista etcétera); y 6.- Cama disponible en la Unidad de Terapia Intensiva en el momento de la finalización del embarazo”.

64. En el presente caso, AR3 determinó que el origen de la hemorragia provenía de la cavidad uterina (lecho placentario), sitio donde se había desprendido la placenta, por lo que la hemorragia obstétrica que presentó V1 y las posteriores

¹⁶ De Cherney A. H., Pernol M. L., “Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos”, El Manual Moderno; Octava Edición, 2004.

complicaciones fueron una consecuencia directa del retiro de la placenta que se encontraba firmemente adherida. Por su parte, se encuentra recomendado que en caso de que la placenta no se separe con las medidas usualmente utilizadas durante una cesárea, se evite forzar el desprendimiento.

65. En el caso particular, pese a que AR3 advirtió que la placenta se encontraba firmemente adherida, realizó el retiro total de la placenta hasta corroborar que no quedaran vestigios placentarios, razón por la cual sobrevino un hematoma disecante en la plica vesicouterina (producto de hemorragia), situación que ameritó solicitar apoyo a un médico ginecoobstetra del turno nocturno y realizó la histerectomía como medida radical para detener el sangrado abundante; posteriormente, solicitaron el apoyo a cirugía general para empaquetamiento y manejo multidisciplinario, de acuerdo a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica citada anteriormente.

66. Por lo que refiere a las causas que generan dicha alteración en la placenta, la bibliografía médica señala que a pesar de que se desconoce la causa exacta de la “*placenta accreta*”, hay varias situaciones clínicas relacionadas con su aparición tales como: cesárea previa, placenta previa, multiparidad, raspado uterino anterior, síndrome de Asherman previo, otros factores asociados con invasión trofoblástica, edad materna mayor a 35 años y periodo intergénésico corto¹⁷. En el caso de V1, contaba con dos factores relacionados con la aparición de la placenta adherida como lo son el antecedente de cesárea previa y una edad mayor a 35 años.

67. La Guía mencionada establece que en todas las mujeres con antecedentes de cesárea se debe sospechar la existencia de placenta previa y acretismo placentario, por lo que a todas se les debe realizar por lo menos un ultrasonido durante el embarazo y un exhaustivo protocolo diagnóstico en el centro cercano de mayor experiencia para realizar un estudio ecográfico que abarque diversas modalidades.

¹⁷ *Ídem.*

La importancia del diagnóstico previo al parto se asocia con disminución en la morbilidad y mortalidad secundaria a hemorragia materna.

68. En el caso particular, se observa que la última vez que V1 se practicó una ecografía obstétrica fue el 24 de mayo de 2016, donde se reportó *“una placenta Grado I de Grannum e índice de líquido amniótico de 16.6 centímetros”*, parámetros dentro de lo normal, y el 2 de julio de 2016, a las 19:45 horas, cuando V1 refirió actividad uterina irregular y pérdida de líquido por vía transvaginal, no fue posible realizarle una ultrasonografía debido a que el HGZ-71 no contaba con equipo para realizar dicho estudio y en ese momento no había personal médico suficiente, situación que fue asentada por AR2 en su nota médica.

69. Aunado a lo anterior, durante las intervenciones quirúrgicas a V1 se estimó un sangrado de 1,500 centímetros cúbicos y un sangrado total por la cesárea y la histerectomía de 4,200 centímetros cúbicos, por lo que, considerando que el volumen sanguíneo total es de aproximadamente de 5 a 6 litros, se puede concluir que durante el evento quirúrgico se realizó un recambio de dicho volumen sanguíneo circulante.

70. De igual manera, se observó que V1 había sido empaquetada con 6 compresas en cavidad abdominal, continuando intubada y muy grave, *“con alto riesgo de morbimortalidad”* por lo que AR3 solicitó su traslado a la Unidad de Terapia intensiva de la Unidad Médica de Alta Especialidad en Texcoco, realizándose su traslado al HGZ-197.

71. A las 01:09 horas, de ese 3 de julio de 2016, SP4 refirió que V1 estaba en espera de su traslado y le fueron colocadas bolsas tibias para conservar su temperatura, mencionando que solicitó *“tele de tórax para verificar la posición del catéter”* intravenoso que le había sido colocado; sin embargo, el HGZ-71 tampoco contaba con el equipo necesario para verificarlo.

72. Posteriormente, a las 02:40 horas, se describió que la paciente se encontraba con taquicardia de 170 latidos por minuto y temperatura de 35.6 grados centígrados, con los diagnósticos de choque hipovolémico grado IV en tratamiento secundario a cesárea, más hematoma vesicouterino, acretismo placentario y ruptura prematura de membranas de larga evolución.

73. De acuerdo a la bibliografía médica, el choque hipovolémico es una situación de hipoperfusión celular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas, por lo que su adecuada identificación, monitorización y tratamiento pueden evitar repercusiones sistémicas importantes y consecuencias irreversibles a nivel celular que llevan a la muerte del paciente¹⁸.

74. Con base en las observaciones vertidas anteriormente, esta Comisión Nacional considera que la presencia de factores de riesgo con los que V1 cursaba durante su embarazo consistentes en un antecedente de cesárea y una edad materna mayor a 35 años, conllevaba por parte del personal médico que la atendió en el HGZ-71 el deber de otorgar una atención médica de urgencia, adecuada y oportuna. En atención a ello, se advierten los siguientes hechos relevantes en la atención médica de V1 en el HGZ-71 los días 24 de mayo, 30 de junio, 1, 2 y 3 de julio del 2016:

Fecha	Atención médica
24 de mayo de 2016	SP1 y SP2 brindaron una atención médica adecuada a V1, que consistió en valoración médica, así como la indicación de realización de estudios de laboratorio y gabinete, se prescribió tratamiento médico, indicándole acudir en caso de presentar signos de alarma.
30 de junio de 2016	V1 fue atendida por AR1 quien no señaló en la nota médica la presentación, variedad de posición, grado de encajamiento del producto de la gestación y no determinó la proporción céfalo-pélvica para efectos de determinar si V1 era

¹⁸ Mejía-Gómez L. J., "Fisiopatología choque hemorrágico", Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 37. Supl. 1 Abril-Junio 2014.

	<p>candidata para una prueba de parto o era candidata a cesárea. De igual manera, no consideró en su valoración los factores de riesgo con los que cursaba V1 en su embarazo, consistentes en edad materna mayor a 35 años y cesárea previa, y no indicó su ingreso hospitalario, cuando requería de monitorización continua.</p>
1 de julio de 2016	<p>AR2 omitió corroborar que la leucorrea (secreción vaginal) que refirió tener V1 fuese pérdida de líquido amniótico, así como también inadvirtió que la agraviada llevaba más de 26 horas en fase latente de trabajo de parto. Sin embargo SP3 enfatizó en su nota médica, que se encontraba priorizando la atención, ya que el servicio se encontraba saturado con solamente un médico en el área.</p>
2 de julio de 2016	<p>SP3 determinó adecuadamente el ingreso de V1 al servicio de labor de parto como resultado de los hallazgos al interrogatorio y a la exploración física, donde advirtió una ruptura prematura de membranas de 24 horas de evolución.</p>
2 y 3 de julio de 2016	<p>AR3 prescribió a V1 una prueba de parto que no prosperó ya que no observó los factores de riesgo con los que cursaba (edad y cesárea previa); que la paciente había estado en trabajo de parto en fase latente por más de 48 horas y que presentaba pelvis limítrofe.</p> <p>Fue por ello que se realizó una cesárea de emergencia a V1. En dicha cirugía, AR3 se encontró con una alteración en la placenta conocida como “placenta acreta” (placenta adherida), lo que no pudo ser advertido, debido a la falta de un equipo de ultrasonografía, que era la prueba idónea para percatarse de ello, y que al ser retirada de manera inadecuada por AR3 provocó una hemorragia que hizo necesaria la práctica de una histerectomía y un empaquetamiento para detener el sangrado abundante. Dicha hemorragia generó que V1 entrara en estado de choque hipovolémico grado IV.</p> <p>Es importante señalar que aun cuando AR3 realizó de manera inadecuada la extracción de la placenta, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, este no pudo advertir de manera previa a la cirugía, dicha alteración placentaria debido</p>

	a que el HGZ-71 no contaba con papel para registro cardiotocográfica, y tampoco contó con equipo para realizar ultrasonografía, tal como fue descrito en su nota médica. Así también, señaló que el servicio contaba únicamente con un solo médico gineco-obstetra, con múltiples procedimientos quirúrgicos pendientes.
--	--

75. Este Organismo Autónomo no pierde de vista la falta de equipo y personal médico durante la atención total de V1 en el HGZ-71, que tuvo como resultado una concatenación de omisiones y carencias en la atención médica que derivaron en la hemorragia obstétrica que padeció V1.

76. En cuando a dicha cuestión, resulta pertinente recordar lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU al señalar que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, los cuales derivan de las obligaciones contenidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Específicamente la disponibilidad se refiere a la existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud¹⁹.

77. Sobre el elemento de disponibilidad, el Comité ha precisado en su Observación General No. 14 sobre El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12):

“a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado

¹⁹ CNDH. Recomendación 18/2016, 29 de abril de 2016, párr. 112; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 11 de mayo de 2000, párr. 12.

Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS²⁰.

78. A nivel nacional, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala que los establecimientos donde se proporcione atención médica deben contar con personal y equipo técnico suficiente. Así, el artículo 87 de dicho Reglamento dispone que “[...] *los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo*”.

79. Del marco fáctico del presente caso, se desprende que el 1 de julio de 2016, V1 fue egresada del HGZ-71 cursando ya 26 horas con trabajo de parto fase latente prolongado, refiriendo AR2 que en ese momento “*se prioriza atención servicio lleno un médico en área (sic)*”. Ello contribuyó a que la evolución del trabajo de parto en fase latente y la ruptura prematura de membranas pasaran inadvertidas y generaran las complicaciones ya mencionadas anteriormente.

80. Asimismo, el 2 de julio de 2016, AR3 reportó la falta de papel para registro cardiotocográfico en la unidad tocoquirúrgica, así como la falta de equipo para realizar ultrasonografía en el hospital. De ahí que la indisponibilidad de dicho equipo condicionó el poder descartar alteraciones maternas y fetales, lo que contribuyó a la falta de diagnóstico oportuno.

81. De ello se desprende el hecho de que la falta de equipo de ultrasonografía impidió, en un primer momento, un diagnóstico de placenta acreta como se refirió

²⁰ *Ídem.*

anteriormente, motivo por el cual, a pesar de que AR3 manejó la hemorragia obstétrica con apoyo de un segundo médico y posteriormente, se solicitó apoyo a cirugía general para detener dicho sangrado, resulta evidente que en el HGZ-71 no se contaba con el equipo y personal apto para realizar un manejo oportuno de una emergencia obstétrica. Ello derivó, en la imposibilidad de realizar una histerectomía o ligadura de arterias uterinas de forma inmediata, con la consecuente pérdida masiva de sangre, que provocó el choque hipovolémico grado IV por el cual fue trasladada al HGZ-197.

82. En ese mismo momento, AR3 describió en su nota médica: *“Actualmente UN SOLO GINECOOBSTETRA EN AREA DE UTQ/LABOR CON MULTIPLES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE URGENCIA EN PUERTA”* (sic), situación que constata la falta de personal.

83. Asimismo, el 3 de julio de 2016, era necesaria una tele de tórax para verificar la posición de un catéter colocado a V1, sin embargo, el HGZ-71 no contaba con el equipo.

84. Por lo expuesto, este Organismo Nacional considera que AR1, AR3 y AR2 son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud en agravio de V1, contenido en los artículos 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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 de San Salvador, en relación con los artículos 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, 61, fracción I, de la Ley General de Salud; artículos 21 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

A.3 Atención médica de V1 en el HGZ-197 del IMSS.

85. El 3 de julio de 2016, a las 04:17 horas V1 ingresó al HGZ-197, donde una médica adscrita al Servicio de Ginecología refirió en su nota de ingreso que la paciente *“llegó con el diagnóstico de código ERI (estrategia para garantizar oportunamente la atención segura por personal calificado, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna), puerperio quirúrgico patológico inmediato postcesárea, complicado con histerectomía total abdominal (obstétrica) con salpingooforectomía bilateral y empaquetamiento secundario a hemorragia obstétrica por probable acretismo placentario”*, estableciendo que se encontraba en estado de choque hipovolémico grado IV.

86. Con motivo de la hemorragia obstétrica, la mencionada médica consideró necesario efectuar un procedimiento quirúrgico a base de ligadura de arterias hipogástricas y reempaquetamiento abdominal, mismo que se llevó a cabo ese mismo día a las 4:55 horas por personal médico del HGZ 197. De acuerdo a la *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia*, en pacientes con hemorragia obstétrica persistente, a pesar del manejo quirúrgico radical (histerectomía total abdominal), se puede considerar realizar una ligadura de arterias hipogástricas, indicación que fue adecuada. Advirtieron durante el procedimiento quirúrgico un hematoma subhepático derecho, que trataron con un empaquetamiento.

87. A las 5:50 horas, V1 ingresó a Medicina Crítica, donde un médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos de esa unidad hospitalaria reportó en la nota de ingreso que la paciente se encontraba *“bajo efecto de sedación, marmórea, con palidez, hipoperfundida e hipotérmica”*, y con lesión pulmonar inducida por transfusión masiva, por la administración de múltiples paquetes globulares en el HGZ-71 y HGZ-197, debido al sangrado masivo, informando a los familiares de V1 sobre el estado crítico de la paciente.

88. Personal médico de esa unidad hospitalaria describió el estado crítico de V1, destacando que se encontraba con *“taquicardia, intubada, con palidez de tegumentos, equimosis subclavicular izquierda; distensión abdominal, sin peristalsis, herida quirúrgica con presencia de sangrado escaso. Al tacto vaginal con extracción de coágulos y sangrado vaginal activo; diuresis presente, no hematuria”*, determinando que ingresaría a laparotomía exploradora. A las 10:55 horas, se practicó a V1 una laparotomía exploratoria para detectar el origen del sangrado. A las 11:00 horas, V1 sufrió un paro cardiorrespiratorio que requirió resucitación cardiaca con desfibrilador. De igual modo a las 23:15 horas, se reportó que V1 se encontraba sin sangrado activo, sin presentar urgencia quirúrgica, y con extremidades con presencia de pulsos, sin edema.

89. El 4 de julio de 2016, a las 01:10 horas, personal de ese nosocomio reportó en nota médica que, V1 tenía una lesión pulmonar severa y requería de sonda nasogástrica, además continuaba con daño renal secundario a la hipoperfusión sostenida y prolongada, derivada del choque hipovolémico grado IV de origen obstétrico. Reportando que la paciente se encontraba muy grave, con riesgo de complicación por falla cardíaca.

90. El 5 de julio de 2016, a las 1:30 horas, una médica advirtió que la pierna izquierda, *se encontraba sin pulsos, fría y pálida*, condición que fue avanzando por lo que a llamo a dos cirujanos generales quienes acudieron a las 02:30 horas y detectaron cambios de coloración en la piel, sin llenado capilar y pulsos.

91. A las 08:20 horas de ese mismo día, otra médica indicó realizar un ultrasonido Doppler de miembro pélvico izquierdo y a las 09:05 horas, se realizó el mismo. Dicho estudio corroboró la *“trombosis de las arterias femoral común y superficial, así como oclusión total de arteria femoral superficial a nivel del canal de Hunter”*.²¹

²¹ La trombosis arterial aguda, es la obstrucción de la arteria por un trombo (coágulo de sangre anormal) que interrumpe la circulación de la sangre.

92. A las 10:00 horas V1 presentó “*extremidades superiores hipotérmicas, pulsos distales disminuidos y llenado capilar de 4 segundos*”, por lo que la misma médica reportó que la paciente había sido valorada por los servicios de Angiología y Cirugía General, quienes decidieron realizar amputación supracondilea (por arriba de la rodilla), por la presencia de cambios isquémicos irreversibles, no siendo candidata para revascularización.

93. El procedimiento quirúrgico de amputación fue llevado a cabo en el HGZ-197 por un médico Cirujano General y otro Cirujano Vascular quien reportó que V1 carecía de circulación en la arteria femoral izquierda. Por tanto, a las 12:28 horas del mismo 5 de julio de 2016, V1 fue re ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos en condiciones muy graves no exenta de complicaciones.

94. A las 17:10 horas, un médico del Servicio de Medicina Interna y Terapia Intensiva señaló en la nota que V1 presentaba taquicardia, disminución de la frecuencia respiratoria y fiebre, por lo que para evitar la formación de nuevos procesos trombóticos, indicó enoxaparina a dosis de 1mg/kg. A las 23:53 horas, una médica de base del servicio de ginecología y obstetricia reportó que V1 tenía “*ambos miembros torácicos con edema severo de manos y brazos*”, detallando que había mostrado estabilidad hemodinámica, sin embargo, no estaba exenta de complicaciones mayores, y su estado era crítico.

95. El 6 de julio de 2016, a las 09:00 horas, una médica describió que V1 presentaba datos de insuficiencia arterial aguda en la pierna derecha, tales como hipotermia, llenado capilar retardado, con pulso femoral mínimamente palpable, sin pulsos distales (en la cara posterior de pierna y el pie), existiendo la posibilidad de evento trombótico con riesgo de terminar en una segunda amputación, por lo que, sugirió valoración por el servicio de Angiología, reportando a la paciente muy grave, con pronóstico reservado.

96. A las 10:10 horas, un médico de medicina crítica y terapia intensiva reportó que la paciente presentó falla cardíaca (fibrilación ventricular) y paro (ausencia total de latido cardíaco), que se manejó con Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada, sin lograr restablecer la circulación, determinando la pérdida de la vida de V1 a las 09:59 horas.

97. El médico mencionado estableció los siguientes diagnósticos de muerte: *“Fibrilación ventricular [...], Encefalopatía anoxo-isquémica [...], Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda [...], Choque hemorrágico grado IV [...], Postoperado de histerectomía [...].”*

98. Este Organismo Nacional considera que la atención médica recibida por V1 en el HGZ-197 fue adecuada. Sin embargo, señala que la pérdida de la vida de la agraviada en el HGZ-197, se debió a causas secundarias a un inadecuado e inoportuno diagnóstico y tratamiento por parte del personal del HGZ-71, durante el trabajo de parto y el alumbramiento.

A.4 El interés superior de la niñez en relación con el derecho a la salud de V3.

99. Este Organismo Autónomo observa que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de la niñez, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud; por lo que considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así como la importancia de esta temática para la agenda internacional en materia de derechos humanos y desarrollo sostenible.

100. En el plano internacional, la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 3, establece que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las*

autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

101. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “[...] *garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño [...]*”²², para lo cual resulta necesaria la adopción de “*medidas especiales de protección*”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños²³.

102. A nivel interno, el principio de interés superior ha sido recogido por el referido artículo 4° de la Constitución Política, y por la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que dispone en su artículo 18, que “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

103. En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento²⁴, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

104. Tomando en cuenta lo anterior, y para efectos de la protección de los derechos de la niñez en el presente asunto, esta Comisión Nacional procederá al estudio de los hechos acontecidos con motivo de la atención médica recibida por V3, a la luz del interés superior de la niñez.

²² Comité de los Derechos del Niño. *Observación General 5*, párr. 12, y *Observación General 14*, párr. 4.

²³ Corte IDH. “*Condición jurídica y derechos humanos del niño*”. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

²⁴ Comité de los Derechos del Niño. *Observación General 14* (2013) “*Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*” p.6.

A.4.1 Atención médica recibida por V3 en el HGZ-71.

105. V3 nació el 2 de julio de 2016, a las 20:25 horas, estableciendo SP5 que se obtuvo un producto femenino, que lloró y respiró al nacer.

106. De acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, V3 fue valorada por medio del método Apgar, con una puntuación dentro de parámetros normales.

107. SP5 reportó que la recién nacida se encontraba sin dificultad respiratoria, pero con cianosis periférica (coloración azul), y que estaba potencialmente infectada por ruptura de membranas de 28 horas de evolución, por lo que solicitó realizar estudios de laboratorio complementarios. A las 22:00 horas, indicó ingresarla a piso para inicio de protocolo de estudio de paciente potencialmente infectado.

108. En una nota sin fecha elaborada por SP6, –pero se infiere es del 3 de julio de 2016- describió estudios de laboratorio donde encontró valores compatibles con sepsis bacteriana y determinó suministrar medicamento antimicrobiano, describió estudios de laboratorio donde encontró valores compatibles con sepsis bacteriana y determinó suministrar medicamento antimicrobiano.

109. El 4 de julio de 2016, a las 9:30 horas, SP7 reportó signos vitales dentro del parámetro normal y diagnosticó a V3 como recién nacida de término, peso adecuado para edad gestacional y probable sepsis, reportando pronóstico incierto. El 5 de julio, a las 08:44 horas, V3 presentó coloración amarillenta en brazo, antebrazo, manos, tórax y abdomen superior (ictericia con Kramer II), lo cual es indicativo de depósito de bilirrubina, por lo que SP8 solicitó estudios de control y la reportó delicada con pronóstico incierto.

110. A las 16:25 horas, SP9 revisó los estudios de laboratorio y advirtió que los parámetros de sepsis neonatal habían disminuido, y se corroboró la elevación de cifras de bilirrubina indirecta y total, por lo que SP9 indicó dicho tratamiento.

111. El 6 de julio, a las 13:07 horas, SP10 determinó que V3 contaba con un peso grande para edad gestacional, sepsis neonatal e ictericia neonatal multifactorial, prescribió el control de laboratorios para índice de sepsis, dio aviso al Servicio de Epidemiología para toma de Tamiz metabólico y vacunas, y reportó a V3 muy delicada con pronóstico incierto.

112. El 7 de julio de 2016, a las 15:00 horas, SP9 reportó la sepsis neonatal disminuida, y a pesar de que había un incremento en la cuantificación de bilirrubina no constituían datos de hiperbilirrubinemia severa o crítica, por lo que prescribió en ambas fechas la recién nacida se encontraba fuera de criterios para fototerapia.

113. El 8 de julio, a las 07:39 horas, V3 fue reportada con signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de sepsis neonatal, cursando su quinto día con antibióticos, así como esquema de bilirrubinas fuera de rango para fototerapia. Es así, que el 9 de julio de 2016, a las 11:00 horas, SP10 realizó la nota de alta del servicio de Pediatría de la recién nacida.

114. Con base en las observaciones que preceden, esta Comisión Nacional considera que la atención que recibió V3 durante su estancia en el nosocomio para el tratamiento de la sepsis neonatal y la hiperbilirrubinemia fue adecuada, demostrando una buena evolución que derivó en su egreso el día 9 de julio de 2016.

115. Sin embargo, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que la sepsis neonatal que cursó V3 durante su estancia en el citado nosocomio tiene relación directa con el antecedente materno de ruptura prematura de membranas de larga evolución de V1 así como el hallazgo transquirúrgico de cavidad uterina materna hipertérmica y fétida, reportado por AR3 el 3 de julio de 2016, de las 00:20 horas.

116. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido por esta Comisión Nacional, *“existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”*²⁵, por lo que *“al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”*²⁶.

117. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”*²⁷.

118. La agenda internacional ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, instando a: *“[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*. Dicha agenda ha hecho un llamado a

²⁵ CNDH. Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, 31 de julio de 2017, párr. 180.

²⁶ *Ibidem*, párr. 181.

²⁷ Comité de los Derechos del Niño. Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), 17 de abril de 2013, párr. 18.

volcar esfuerzos en una estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño²⁸, garantizando su salud y bienestar.

119. La interpretación de dichos pronunciamientos con los hechos analizados en el caso particular, evidencia el impacto que generó la inadecuada atención médica recibida por V1 y en consecuencia la afectación de V3, como parte del binomio materno-infantil, en el goce del derecho a la salud y bienestar de la recién nacida ante la imposibilidad de crecer y desarrollarse en un entorno familiar con su madre. Cuestión por la cual, en los términos ya establecidos en las observaciones realizadas en capítulos precedentes, se determina una violación al principio del interés superior de la niñez de V3.

120. De forma conexa, no pasa inadvertido para este Organismo Autónomo los posibles impactos del fallecimiento de V1 en el bienestar de sus hijas, como lo son V3 y V4, por lo que en atención al interés superior de la niñez se deberá tomar en cuenta tal condición en la reparación respectiva.

B. Derecho a la vida.

121. Este Organismo Constitucional tiene presente 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 vida²⁹; en tal sentido, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso³⁰.

²⁸ ONU. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, 2015.

²⁹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito 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.

³⁰ CNDH. Recomendación 18/2016, 29 de abril de 2016, párr. 106.

122. Al respecto, la Corte IDH ha señalado que: “[...] *los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud*”³¹.

123. Para esta Comisión Nacional, el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen una profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana³². La protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de todas las autoridades de garantizar que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud³³.

124. La salud materna y el impulso para hacer frente a la mortalidad materna ha sido considerada un eje dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. Específicamente dentro de su Tercer Objetivo “Salud y bienestar”, Naciones Unidas ha destacado que “*la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es todavía 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas*”, por lo que una de sus metas para el año 2030 es “*reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos*”³⁴.

125. En tal sentido, en el presente caso se constató que el 2 de julio de 2016, el HGZ-71 no contaba con equipo para realizar un estudio ultrasonográfico a V1 con el fin de descartar alteraciones maternas y fetales, lo que de acuerdo con la Opinión

³¹ Corte IDH. *Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párr. 177.

³² Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

³³ CNDH. Recomendación 38/2017, 14 de septiembre de 2017, párr. 44.

³⁴ ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Médica de esta Comisión Nacional impidió la realización de un diagnóstico adecuado del estado del binomio materno-fetal que integraban V1 y V3.

126. Aunado a lo anterior, al advertirse que la placenta estaba firmemente adherida –tal como refirió en su momento AR3- esta fue retirada inadecuadamente y de manera precipitada sin prevenir una hemorragia cuya magnitud fue la desencadenante de la acelerada pérdida de sangre por parte de V1. Si bien esta Comisión Nacional observa que posterior al hallazgo de la hemorragia obstétrica AR3 se allegó del auxilio de otro médico que cursaba el turno nocturno y posteriormente solicitó ayuda a Cirugía General, no fue posible controlar la pérdida de sangre. Dicha situación, puede considerarse consecuencia de un retiro precoz de la placenta fuertemente adherida (acreta), misma que no fue posible diagnosticarse por la falta de equipo, como ya se mencionó anteriormente.

127. Como consecuencia de la magnitud de la complicación hemorrágica que subsiguió al retiro de la placenta -a pesar de la histerectomía total practicada para detener la hemorragia- dio como resultado el choque hipovolémico grado IV, conllevando la pérdida de la vida de V1.

128. Por las cuestiones antes descritas, este Organismo Constitucional considera la falta de equipo y personal médico contribuyó a que no se garantizara el más alto nivel posible de atención en la salud de V1, que previnieran de manera adecuada las posibles amenazas a su vida, se concluye que existió responsabilidad por la vulneración del derecho a la vida contenido en los artículos 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en agravio de V1.

C. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 y V3 en el HGZ-71 y HGZ-197.

129. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*³⁵.

130. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables [...]”*³⁶.

131. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico 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”*³⁷.

³⁵ Corte IDH. Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68

³⁶ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

³⁷ CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, párr. 35.

132. El incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones del 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.

133. En el presente caso, se observaron diversas irregularidades en la integración del expediente clínico de V1 y V3 en el HGZ-71 y en el HGZ-197, tal y como se expresan a continuación.

Expediente de V1 integrado en el HGZ-71.

134. El 30 de junio de 2016, la persona que atendió a V1 no estableció su nombre en la nota médica, por lo que se incumplió con el apartado 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, el cual establece que todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y 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.

Expediente de V1 integrado en el HGZ-197.

135. Se advierte que la Carta de consentimiento bajo información, de la amputación supracondilea de miembro pélvico izquierdo realizada a V1, incumple con la Norma

Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, en sus apartados 10.1.1.4 por no describir el lugar y fecha en que se emitió, 10.1.1.6, toda vez, que no se determinaron los beneficios del procedimiento quirúrgico, y el 10.1.1.10, al no establecer el nombre y firma de un testigo.

136. En una nota de evolución matutina se registró el apellido de un médico interno de pregrado, sin establecer nombre ni firma de personal médico adscrito. No pasa desapercibido que dicho médico interno se encontraba realizando el ciclo académico teórico-práctico previo al servicio social, examen profesional y título respectivo de la licenciatura en Medicina, es decir, aún se encontraba en formación. Por lo tanto, al no establecer el nombre del personal médico adscrito ni su firma, se incumplieron el apartado 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”; así como los numerales 5.7 y 5.13.1 de la Norma Oficial Mexicana Nom-234-SSA1-2003, “*Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*”, toda vez, que no es posible corroborar que el médico interno de pregrado citado, haya tenido supervisión en todo momento por personal Médico adscrito debidamente capacitado.

Expediente de V3 integrado en el HGZ-71.

137. Con motivo de la atención médica de V3 durante su nacimiento, SP5 de manera inadecuada no estableció fecha y hora de elaboración de su nota médica, incumpliendo con el apartado 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

138. Nuevamente, con motivo de la realización de una nota de evolución de jornada acumulada a las 14:15 horas, SP6 no estableció fecha de elaboración, incumpliendo con lo anterior, el apartado 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”.

139. Visto lo anterior, esta Comisión Nacional recuerda que frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, 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.

D. Responsabilidad.

140. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la concatenación de omisiones en la atención médica de V1 que derivaron en la inadecuada atención y manejo de la paciente por parte de personal médico de HGZ-71, dio como resultado la pérdida de la vida de V1. Por tanto, AR1 y AR3 son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud previsto en los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a), c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

141. Asimismo, son responsables por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 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.

142. Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 7, 8 fracciones I, VI de la Ley Federal de Responsabilidades

Administrativas de los Servidores Públicos que se encontraba vigente al momento de los hechos.

F. Responsabilidad Institucional.

143. Esta Comisión Nacional observa que las omisiones descritas, como la falta de personal médico, insumos, equipamiento o infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que este Organismo Nacional insta al IMSS para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso, pueden derivar en el incumplimiento en alguna de las obligaciones contenidas en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, especialmente en mandos medios y superiores que debieron prever que en específico, que el HGZ-71 contara con toda la disponibilidad de personal y equipo médico necesario para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud y la vida de V1 y el resto de personas usuarias del servicio, así como la salud de V3.

G. Reparación integral del daño.

144. 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, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de 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 de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V, 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de

Víctimas, el Instituto Mexicano del Seguro Social deberá investigar, sancionar y reparar integralmente el daño a V1, V2, V3 y V4, por las violaciones a los derechos humanos cometidas en su agravio, y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

145. En tal sentido, V2, V3 y V4 adquieren la calidad de víctimas, con motivo del vínculo familiar existente entre ellos y V1, cuyo fallecimiento propició un indudable impacto en la esfera psicosocial, y posibles alteraciones en el entorno y vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que, deberá ser considerado 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.

146. Las medidas de rehabilitación, pretenden reparar las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica. Para esta finalidad, previo consentimiento de la víctima, se deberá prestar atención psicológica a V2, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación 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 brindando información previa clara y suficiente.

b) Medidas de satisfacción.

147. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente en contra de AR1, AR3, AR2 ante el Órgano Interno de Control en el IMSS por las violaciones a los derechos humanos descritas; investigar y determinar el personal médico y de enfermería que incurrió en las omisiones precisadas en el expediente clínico de V1, así como por la falta de

personal médico suficiente y equipo técnico e insumos necesarios para la atención médica de V1.

c) Garantías de no repetición.

148. Estas 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 que en el plazo de 3 meses a partir de la notificación de la presente Recomendación, se diseñen e impartan al personal médico del HGZ-71, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”, en relación con lo establecido en la *Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo riesgo*, la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales*, y la *Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo riesgo*. De manera que se capacite al personal médico sobre la importancia de prevenir, diagnosticar y atender oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas tales como las alteraciones placentarias; 3) Sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión Nacional en su Recomendación General 29, “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, emitida el 31 de enero de 2017; y 4) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, “*De la Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*”. Estos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado para sensibilizar al personal de salud.

149. Asimismo, en el plazo de 6 meses a partir de la notificación de esta Recomendación se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el HGZ-71 cuente con la

infraestructura, personal médico, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral y con calidad, tales como el equipo para realizar ultrasonidos.

d) Medidas de compensación (indemnización).

150. Al acreditarse la violación a los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, y al derecho a la protección de la salud de V3, la autoridad responsable deberá indemnizar a V2, tomando en cuenta el impacto que representa para V3 y V4 la pérdida de la vida de su madre (V1).

151. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán –al menos– atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son aquellos referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, los cuales han sido considerados por la Corte IDH como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

152. También, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) tipo de derechos violados; 2) temporalidad; 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida); y 4) consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instauren las medidas para reparar integralmente –en un plazo de 3 meses- el daño ocasionado a V2, V3 y V4, conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del HGZ-71 del IMSS, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación. De igual manera, se otorgue atención psicológica a V2 previo su consentimiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR3, por las violaciones a los derechos humanos descritas; y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el HGZ-71, en el plazo de 3 meses a partir de la notificación de esta Recomendación, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, en relación con lo establecido en la *“Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo riesgo”*, la *“Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales”*, y la *“Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y manejo de parto de bajo riesgo”*, de manera que se capacite al personal médico sobre la importancia de prevenir, diagnosticar y atender oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas tales como las alteraciones placentarias; 3) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012, *“Del expediente clínico”*, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29, *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, emitida el 31 de enero de 2017; y 4) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, *de la “Utilización de campos clínicos para ciclos*

clínicos e internado de pregrado”. Estos cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado para sensibilizar al personal de salud; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Que se tomen todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole para que, en el plazo de 6 meses, a partir de la notificación de la presente Recomendación, el HGZ-71 cuente con la infraestructura, personal médico, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral y con calidad, de manera especial, tales como el equipo para realizar ultrasonidos; y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se inscriba a V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre 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 aludida Ley, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Designe persona servidora pública de alto nivel 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.

153. 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.

154. 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.

155. 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.

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ