



Síntesis: El 3 de septiembre de 2010, V1, mujer de 42 años de edad, que cursaba con un embarazo de entre 37 y 38 semanas de gestación, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, ya que presentaba contracciones. Posteriormente, el personal médico que la atendió le indicó que sería ingresada a quirófano, con la finalidad de realizarle una cesárea, la cual no se le practicó debido a que su presión arterial era irregular.

De acuerdo con el dicho del quejoso, el estado de salud de su esposa se regularizó, sin embargo, personal médico del mencionado hospital se negó a practicarle la cesárea que procedía, con el argumento de que V1 contaba con 37 semanas de embarazo; además, precisó que el 6 de septiembre de 2010 se le realizaron varios estudios que indicaron que tanto su estado de salud como el de V2 (producto) eran buenos.

Finalmente, el 9 de septiembre de 2010, personal médico del mencionado Hospital de la Mujer comunicó a Q1 que V2 presentaba ausencia de movimiento y que no se detectaban sus latidos, motivo por el cual se le practicó a V1 una cesárea, sin embargo, el producto se extrajo sin vida.

Por lo anterior, el 10 de septiembre de 2010, Q1 presentó una queja en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual fue turnada en razón de competencia a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 14 de septiembre del mes y año citados, por lo que este Organismo Nacional solicitó el informe respectivo al Director del Hospital de la Mujer.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente, este Organismo Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud en agravio de V1 y al derecho a la vida en agravio de V2, atribuibles AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico adscrito al Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud Federal.

El 3 de septiembre de 2010, V1 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer, por presentar dolor hemorroidal y posteriormente ingresó a la Unidad de Tococirugía y se le diagnosticó: "Gesta I, embarazo de 37 semanas de gestación, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, edad materna avanzada, sin trabajo de parto, trombocitopenia es decir niveles bajos de plaquetas en sangre, hipertensión gestacional, infección de vías urinarias y cervicovaginitis, sin urgencia para interrupción del embarazo".

En este contexto, V1 permaneció internada y en observación en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del mencionado hospital, como consta en las hojas de evolución y tratamiento de los días 3, 4 y 5 de septiembre de 2010; en las últimas

de ellas, AR1 y AR2 precisaron que las frecuencias cardiacas fetales estaban dentro de los parámetros normales y había presencia de movimientos de V2; asimismo, se reportó que V1 presentó estabilización en la tensión arterial y glucosa.

El 6 de septiembre de 2010 se le practicó a V1 un ultrasonido, el cual, de acuerdo con AR3, determinó la presencia de un feto con 37 semanas de gestación y peso aproximado de 3,719 gramos en percentil, y 83 % de tendencia a la macrosomía; asimismo, AR5 precisó que V2 presentaba una frecuencia cardiaca de 124 por minuto.

Al respecto, el 7 de septiembre de 2010, a las 07:00 horas, AR4 refirió en una de las hojas de evolución y tratamiento de V1 que la encontró con “un embarazo de 38 semanas de gestación, asintomática, sin actividad uterina, con una presión arterial de 110/80, frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, glucometrías del día anterior de 92, 90, 153, 80, con laboratorios de control reportados con plaquetas de 102 mil, glucosa de 66, y el resto dentro de los parámetros normales”; además, señaló que V1 negó datos de vaso espasmo o pérdidas transvaginales y refirió que percibía los movimientos fetales.

Igualmente, a las 07:00 horas del 8 de septiembre de 2010, AR3 y AR4 reportaron clínicamente estable a V1, con una frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, cifras tensionales dentro de parámetros normales e indicaron valorar amniocentesis para maduración pulmonar.

El 9 de septiembre de 2010, AR3 señaló en otra de las hojas de evolución y tratamiento de V1 que a las 07:30 horas de ese día se realizó un ultrasonido a V1 sin encontrar vitalidad fetal, esto es, que V2 había fallecido, lo que propició que a las 19:00 horas de ese mismo día se practicara a la paciente una cesárea, encontrando como hallazgos relevantes de la cirugía: “pared abdominal con 15 centímetros aproximadamente de tejido celular subcutáneo; producto femenino óbito de 4250 gramos, que se extrae a las 19:56 horas; placenta completa; feto macerado, doble circular de cordón a cuello; líquido amniótico meconio +”.

En opinión del perito médico-forense adscrito a la Visitaduría General de esta Comisión Nacional, la muerte de V2 fue consecuencia de la inadecuada atención médica que le fue proporcionada a V1 en el Hospital de la Mujer, en razón de que V2 tenía al menos 48 horas de haber fallecido dentro del seno materno, ya que el feto se encontraba macerado, es decir, que tenía cambios degenerativos en su piel, resultado de la autólisis o desintegración espontánea de los tejidos, proceso que inicia entre las 24 y 48 horas posteriores a la muerte intraútero, por lo que si el feto fue extraído a las 19:56 horas del 9 de septiembre de 2010, su deceso debió ocurrir en el transcurso del día 7 del mes y año citados, situación que además se corroboró con el ultrasonido del 6 de septiembre de 2010, en el que todavía se reportó a V2 con vida y con tendencia a la macrosomía.

Es decir, que a pesar de que V2 falleció desde el 7 de septiembre de 2010, en el expediente clínico se observó la existencia de hojas de evolución y tratamiento fechadas los días 7, 8 y 9 del mes y año citados, en las que los médicos que trataron a V1 precisaron supuestamente la frecuencia fetal de V2 y registraron movimientos fetales que la paciente había manifestado, e incluso, AR6 reportó a V2 con una frecuencia cardíaca de 146 latidos por minuto, cuando en realidad dichas circunstancias no se presentaron.

Por lo expuesto, este Organismo Nacional observó que la ausencia de vigilancia por parte del personal médico responsable de la atención de V1 y V2, específicamente de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en el entrenamiento de los estudiantes que estaban bajo su responsabilidad y que trataron a V1 y precisaron la frecuencia fetal de V2 en las hojas de evolución y tratamiento, esto es, que el hecho de que dicho personal médico no corroborara el estado de salud de la paciente ni de V2 tuvo como consecuencia que no se detectara el sufrimiento fetal, con el cual cursó el producto, al interrumpirse la circulación materno-fetal por la doble circular de cordón que presentaba, lo que lo llevó a su fallecimiento, situación que era previsible, ya que V1 se encontraba hospitalizada y bajo observación médica en una unidad de embarazo de alto riesgo.

Aunado a lo anterior, el perito médico-forense de este Organismo Nacional precisó, en su opinión médica, que desde el ingreso de V1 se tenía la impresión clínica de un producto macrosómico, es decir, demasiado grande, por lo que resultó extraño que a pesar que desde el 5 de septiembre de 2010 se había logrado el control metabólico y de la presión arterial de la paciente, el personal médico que la atendió a partir de esa fecha (AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6) haya omitido interrumpir el embarazo en forma oportuna a fin de garantizar la vida del producto.

Por lo expuesto, el mencionado personal médico del Hospital de la Mujer realizó una vigilancia obstétrica inadecuada, por lo que no observó el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo y Puerperio y del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, la cual establece que la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

Asimismo, se observó que el personal médico encargado de integrar el expediente clínico de V1 incumplió con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, toda vez que las hojas de tratamiento y evolución son ilegibles, presentan exceso de abreviaturas y los nombres de los médicos tratantes se encuentran incompletos, además de que falta precisar su firma, cargo, rango, matrícula y especialidad, no obstante que esos documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica,

y principalmente a dejar constancia de los antecedentes que permitan conocer la calidad del servicio otorgado.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional, el 3 de febrero de 2011, emitió la Recomendación 5/2011, dirigida al Secretario de Salud Federal para que se repare el daño e indemnice a V1 y Q1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal médico adscrito al Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud, que atendió a V1 y que omitió corroborar su estado de salud y el de V2, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; que se reparen los daños físicos y psicológicos a V1 y Q1, a través del tratamiento médico y psicológico que sea necesario para restablecer su salud física y emocional, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; que se diseñen e impartan en el Hospital de la Mujer programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y con ello evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación; que se implemente en el Hospital de la Mujer, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional; que se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, en contra del personal médico del Hospital de la Mujer involucrado en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas, y que se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este Organismo Nacional las constancias que le sean solicitadas.

## **RECOMENDACIÓN No. 5/2011**

### **SOBRE EL CASO DE INADECuada ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER PERTENECIENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EN AGRAVIO DE V1 y V2.**

México, D.F., a 3 de febrero de 2011

**DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS  
SECRETARIO DE SALUD FEDERAL**

Distinguido señor secretario:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2010/5441/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y de asegurar que su nombre y datos personales no sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dichos datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, y tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

#### **I. HECHOS**

El 3 de septiembre de 2010, V1, mujer de 42 años de edad, que cursaba con un embarazo de entre 37 y 38 semanas de gestación, acudió al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer, perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, ya que presentaba contracciones. Posteriormente, el personal médico que la atendió, sin precisar sus datos, le indicó que sería ingresada a quirófano, con la finalidad de

realizarle una cesárea, la cual no se le practicó debido a que su presión arterial era irregular.

Asimismo, de acuerdo al dicho del quejoso, el estado de salud de V1 se regularizó; sin embargo, personal médico del mencionado hospital, sin señalar datos que permitieran su identificación, se negó a practicarle la cesárea que procedía, bajo el argumento de que la paciente contaba con 37 semanas de embarazo; además, precisó que el 6 de septiembre de 2010, se le realizaron varios estudios que indicaron que el estado de salud de V1 y V2 (producto) eran buenos.

Finalmente, el 9 de septiembre de 2010, personal médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud comunicó a Q1 que V2 presentaba ausencia de movimiento y que no se detectaban sus latidos, motivo por el cual se le practicó a V1 una cesárea, sin embargo, el producto se extrajo sin vida.

Por lo anterior, el 10 de septiembre de 2010, Q1 presentó queja en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual fue turnada en razón de competencia a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 14 de septiembre del mismo mes y año, por lo que éste organismo nacional solicitó el informe respectivo al director del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud.

## **II. EVIDENCIAS**

**A.** Queja presentada por Q1, el 10 de septiembre de 2010 ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual por razones de competencia se remitió a este organismo nacional el 14 del mismo mes y año.

**B.** Oficio de 22 de noviembre de 2010, suscrito por el director del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, al cual anexó copia del resumen clínico de V1, emitido por el jefe de servicio de la Clínica Perinatal de Embarazo de Alto Riesgo de ese hospital, así como copia del expediente clínico de la víctima, del que destacan las siguientes constancias:

- 1.** Hoja de ingreso y egreso hospitalario, en la que se hizo constar que V1 acudió al servicio de Urgencias del Hospital General de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, a las 11:00 horas del 3 de septiembre de 2010.
- 2.** Historia clínica perinatal de 3 de septiembre de 2010, en la que se precisaron los datos del registro cardiotocográfico de V2.
- 3.** Hoja de partograma de fecha 3 de septiembre de 2010, en la que se indicó el diagnóstico de ingreso de V1.

4. Hoja de evolución y tratamiento de V1, de 3 de septiembre de 2010, suscrita por dos médicos adscritos al servicio de Tococirugía.

5. Hojas de evolución y tratamiento de V1, de 3 y 4 de septiembre de 2010, suscritas por médicos adscritos al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud.

6. Hojas de evolución y tratamiento de V1, de 5, 6, 7, 8 y 9 de septiembre de 2010, en las que aparecen los nombres de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, médicos adscritos al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal.

7. Hoja de evolución y tratamiento de 9 de septiembre de 2010, suscrita por un médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, en la que se precisaron los hallazgos de la cesárea practicada a V1.

C. Opinión médica emitida el 19 de enero de 2011, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal.

D. Acta circunstanciada de 24 de enero de 2011, suscrita por un visitador adjunto de este organismo nacional, en la que se hizo constar la entrevista vía telefónica con Q1, en la que precisó que hasta el 21 de ese mes y año, no había presentado denuncia de hechos ni queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; asimismo, el quejoso indicó que el estado psicológico de V1 no era favorable.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

El 3 de septiembre de 2010, V1 acudió al servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, ya que presentaba, según el dicho del personal médico que la atendió, un dolor hemorroidal al deambular por lo que se determinó su ingreso para vigilancia obstétrica y control al servicio de Embarazo de Alto Riesgo, quedando bajo el cuidado de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6.

El 9 de septiembre de 2010, un médico adscrito al servicio de Embarazo de Alto Riesgo que atendió a V1, se percató que V2 tenía ausencia de movimientos, por lo que, a las 7:30 horas del mismo día, ordenó practicársele un ultrasonido en el que como resultado se reportó que éste no presentaba vitalidad fetal; esto es, que el producto había fallecido.

Es importante mencionar que el 21 de enero de 2011, Q1 precisó a servidores públicos de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que no había

presentado denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público ni queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

#### IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2010/5441/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección a la salud en agravio de V1 y al derecho a la vida en agravio de V2, atribuibles a personal médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, en atención a las siguientes consideraciones:

El 3 de septiembre de 2010, V1 acudió al servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal, por presentar, según el personal médico que la atendió, un dolor hemorroidal, motivo por el cual ingresó a la unidad de Tococirugía de ese nosocomio, y a su exploración física, se le encontró con un cuadro clínico que reportó: *“fondo uterino de 38 centímetros, un Jhonson de 4030 gramos, con pelvis reducida, tensión arterial 130/90 y 140/90; asintomática”*; asimismo, se le practicó un ultrasonido que reportó: *“embarazo de 37 semanas de gestación y con índice de líquido amniótico 16”*; además, se le tomaron pruebas de laboratorio, las que arrojaron como resultado: *“plaqueotomía de 98 mil; ácido úrico de 6.8 (elevado); glucosa de 148 mg/dl, y probable preclampsia”*, y se le diagnosticó, *“Gesta I, embarazo de 37 semanas de gestación, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, edad materna avanzada, sin trabajo de parto, trombocitopenia es decir niveles bajos de plaquetas en sangre, hipertensión gestacional, infección de vías urinarias y cervicovaginitis, sin urgencia para interrupción del embarazo”*.

Lo anterior, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional que analizó el caso, se tradujo en el hecho de que V1 acudió al mencionado Hospital de la Mujer, el 3 de septiembre de 2010, *asintomática y con dolor del recto por la presencia de hemorroides, presión arterial ligeramente elevada, disminución de las cifras de plaquetas, de ácido úrico y de glucosa, con secreción blanquecina espesa abundante, no fétida en vagina y estrechos pélvicos*, lo que motivó su ingreso al servicio de Embarazo de Alto Riesgo para su vigilancia y control.

Posteriormente, el mismo día, según se desprendió de la hoja de historia Clínica Perinatal de la misma fecha, a V2 se le practicó un registro cardiotocográfico, el cual no reportó anormalidades, señalando una frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto, 3 aceleraciones en 30 minutos, con una movilidad fetal presente, y contractilidad uterina 4 de baja frecuencia.

En este contexto, V1 permaneció internada y en observación, como consta en las hojas de evolución y tratamiento de fechas 3, 4 y 5 de septiembre de 2010, cabe



destacar que en las últimas de ellas, AR1 y AR2, médicos adscritos al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del mencionado hospital, precisaron que las frecuencias cardíacas fetales estaban dentro de los parámetros normales y había presencia de movimientos del producto; asimismo, se reportó que V1 presentó estabilización en la tensión arterial y glucosa.

Posteriormente, el 6 de septiembre de 2010, se le practicó un ultrasonido de control a V1, el cual de acuerdo a lo precisado por AR3, médico adscrito al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer, en la hoja de evolución y tratamiento de esa fecha, determinó *la presencia de un feto con 37 semanas de gestación y peso aproximado de 3719 gramos en percentil, y 83% de tendencia a la macrosomía*; asimismo, AR5, otro médico adscrito al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer, precisó que V2, presentaba una frecuencia cardíaca de 124 por minuto.

Al respecto, el 7 de septiembre de 2010, a las 07:00 horas, AR4, médico adscrito al servicio de Embarazo de Alto Riesgo, refirió en una de las hojas de evolución y tratamiento de V1, que la encontró con: *“un embarazo de 38 semanas de gestación, asintomática, sin actividad uterina, con una presión arterial de 110/80, frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto, glucometrías del día anterior de 92, 90, 153, 80, con laboratorios de control reportados con plaquetas de 102 mil, glucosa de 66, y el resto dentro de los parámetros normales”*, además, señaló que V1 negó datos de vaso espasmo o pérdidas transvaginales y refirió que percibía los movimientos fetales.

Igualmente, a las 07:00 horas del 8 de septiembre de 2010, AR3 y AR4, médicos adscritos al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud, reportaron clínicamente estable a V1, con un cuadro de embarazo de 38 semanas de gestación, frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto, glucometrías de 80, 81, 82, 61 mg/dl, sin requerir insulina de rescate, cifras tensionales dentro de parámetros normales e indicaron valorar amniocentesis para maduración pulmonar.

Así las cosas, el 9 de septiembre de 2010, AR3, médico adscrito al servicio de Embarazo de Alto Riesgo, señaló en otra de las hojas de evolución y tratamiento de V1, elaborada a las 08:00 horas, que a las 07:30 horas de ese día se realizó un ultrasonido a V1 sin encontrar vitalidad fetal; esto es, que V2 había fallecido, lo que propició que a las 19:00 horas de ese mismo día se practicara a la paciente una cesárea.

En relación a lo anterior, resulta necesario destacar que como hallazgos relevantes de la cesárea que le fue realizada a V1, se encontraron: *“pared abdominal con 15 centímetros aproximadamente de tejido celular subcutáneo; producto femenino óbito de 4250 gramos, que se extrae a las 19:56 horas;*

*placenta completa; feto macerado, doble circular de cordón a cuello; líquido amniótico meconio +”.*

Ahora bien, en opinión del perito médico forense adscrito a la Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, la muerte de V2 fue consecuencia de la inadecuada atención médica que le fue proporcionada a V1 en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud, en razón de que V2 tenía al menos 48 horas de haber fallecido dentro del seno materno, ya que el feto se encontraba macerado; es decir, que tenía cambios degenerativos en su piel, resultado de la autólisis o desintegración espontánea de los tejidos, proceso que inicia entre las 24 y 48 horas posteriores a la muerte intraútero, por lo que si el feto fue extraído a las 19:56 horas del 9 de septiembre de 2010, su deceso debió ocurrir en el transcurso del día 7 del mismo mes y año, situación, que además se corroboró con el ultrasonido de 6 de septiembre de 2010, en el que todavía se reportó a V2 con vida y con tendencia a la macrosomía, es decir, un producto grande.

Esta situación, resultó de especial preocupación para este organismo nacional, ya que a pesar de que dicho producto, en términos de lo señalado en el párrafo anterior, lo más probable es que haya fallecido desde el 7 de septiembre de 2010, en el expediente clínico se observó la existencia de hojas de evolución y tratamiento fechadas los días 7, 8 y 9 de ese mismo mes y año, en las que los médicos que trataron a V1, precisaron supuestamente la frecuencia fetal de V2, y además, registraron movimientos fetales que la paciente había manifestado; e incluso, el que V2, según así lo asentó AR6 en la hoja de evolución y tratamiento de fecha 8 de septiembre (07:00 horas), hubiera reportado una frecuencia cardíaca de 146 latidos por minuto, cuando en realidad dichas circunstancias no se presentaron.

Por lo expuesto en los párrafos anteriores, y con base en las evidencias recabadas el perito médico forense de este organismo nacional, observó que la ausencia de vigilancia por parte del personal médico responsable de la atención de V1 y V2, específicamente de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en el entrenamiento de los estudiantes que estaban bajo su responsabilidad y que trataron a V1 y precisaron la frecuencia fetal de V2 en las hojas de evolución y tratamiento, esto es que el hecho de que dicho personal médico no corroborara el estado de salud de la paciente ni de V2, tuvo como consecuencia que no se detectara el sufrimiento fetal, con el cual cursó el producto, al interrumpirse la circulación materno fetal por la doble circular de cordón que presentaba, lo que lo llevó a su fallecimiento, situación que era previsible, más aún en el presente caso, ya que V1 se encontraba hospitalizada y bajo observación médica en una unidad de Embarazo de Alto Riesgo.

Asimismo, llamó la atención de esta Comisión Nacional, que si bien podría tenerse como dudosa la percepción de los movimientos fetales en atención a que V1,

presentaba un panículo adiposo de quince centímetros de grosor que dificultaba tanto la auscultación de los latidos cardíacos fetales como los movimientos del mismo, las valoraciones hayan sido delegadas a estudiantes de medicina, y los médicos de base hayan omitido corroborarlas, sobre todo estando, como ya se señaló, en un servicio especializado para Embarazos de Alto Riesgo.

En este contexto, los médicos que atendieron a V1 debieron allegarse de otro tipo de auxilio para su vigilancia obstétrica, tales como el estudio a través del doptone, con la finalidad de escuchar el latido cardíaco; sin embargo, toda la atención médica se enfocó al control metabólico y a la presión arterial de V1 y se minimizó el riesgo de muerte fetal.

Aunado a lo anterior, el perito médico forense de este organismo nacional precisó en su opinión médica, que si bien es cierto que V2 se extrajo con una doble circular de cordón umbilical, también lo es que V1 se encontraba hospitalizada en un servicio de Embarazo de Alto Riesgo, cursando un embarazo de entre 37 y 38 semanas de gestación, y desde su ingreso se tenía la impresión clínica de un producto macrosómico, es decir demasiado grande, por lo que, resultó extraño que a pesar que desde el 5 de septiembre de 2010 se había logrado el control metabólico y de la presión arterial de la paciente, el personal médico que la atendió a partir de esa fecha (AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6) haya omitido interrumpir el embarazo en forma oportuna a fin de garantizar la vida del producto, situación que puede y debe realizarse en pacientes que cursan entre las 37 y 38 semanas de gestación y que presentan patología materna grave o compromiso fetal, como sucedió en el presente caso.

Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud que atendió a V1, realizó una vigilancia obstétrica inadecuada, lo que no permitió que se detectara en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto por la doble circular de cordón que presentaba, por lo que no observó el contenido de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la Mujer Durante el Embarazo y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio*, la cual establece que la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

Asimismo, esta Comisión Nacional observó que el personal médico encargado de integrar el expediente clínico de V1, incumplió con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *del Expediente Clínico*, toda vez que las hojas de tratamiento y evolución son ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, los nombres de los médicos tratantes se encuentran incompletos, además de que falta precisar su firma, cargo, rango, matrícula, y especialidad, no obstante que esos documentos están orientados a garantizar la eficiencia en la práctica médica, y principalmente a dejar constancia de los antecedentes que

permitan conocer la calidad del servicio otorgado, además de que algunas de las hojas de evolución y tratamiento de los días 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de septiembre de 2010 no se encuentran firmadas por los médicos de base.

En este contexto, se observó que el personal médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal transgredió, en agravio de V1 y V2, el derecho a la salud y a la vida, respectivamente, establecidos en los artículos 4, párrafo tercero, y 14, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, 34, fracción II, 37, 51, 61, 77, Bis 1 de la Ley General de Salud; 48, 73 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establecen el derecho de todo paciente a que se proteja su salud en las instituciones públicas de seguridad social, mediante la obtención de una atención médica oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable, así como la prioridad en la atención de la mujer durante el embarazo.

Por ello, la actuación del personal médico adscrito al citado hospital no se apegó a lo establecido en el artículo 8, fracciones I, VI, XXIV y XVII, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que impone la obligación de cumplir con la debida diligencia el servicio encomendado y evitar actos que causen la deficiencia del servicio, así como el incumplimiento de cualquier disposición legal, y establece la obligación de los servidores públicos de supervisar que el personal que tenga bajo su dirección cumpla con las disposiciones de la misma.

En este caso, se observó la existencia de la responsabilidad institucional sobre la base de la relación causa-efecto que existió entre la falta de adecuada atención médica y de vigilancia obstétrica proporcionadas a V1 y el fallecimiento de su producto V2, en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal; situación que amerita una investigación completa e imparcial por parte del Órgano Interno de Control de dicha Secretaría de Salud Federal.

En suma, el mencionado personal médico del Hospital de la Mujer que trató a V1, no atendió las disposiciones relacionadas con los derechos fundamentales a la salud y a la vida, previstas en los instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y previstos en artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1, y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que establecen el derecho a la vida y el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su

población, y ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas al disfrute de un servicio médico de calidad y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho y garantizar a la mujer los servicios apropiados en relación el embarazo.

El derecho a la vida implica que la falta de atención médica necesaria para salvaguardarla por parte de los servidores públicos encargados de proporcionarla, o la negligencia de la autoridad, se consideran violaciones directas al mismo. Tal situación demanda de las naciones con aspiraciones democráticas la construcción de un camino para proteger de manera eficiente los derechos fundamentales de las personas, en particular, los reconocidos en el orden jurídico mexicano, específicamente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los Convenios, Pactos y Declaraciones Internacionales suscritos o adoptados por México, los cuales tienen por objeto propiciar el máximo nivel de reconocimiento y protección de los derechos inherentes al ser humano.

Es preciso señalar que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección a la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que señala que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por su restablecimiento, 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 a la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección a la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas, en consecuencia el personal médico del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud debió proporcionar una adecuada atención médica al estado de salud de V1 y de su hijo.

Finalmente, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular de los servidores públicos consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de

protección de los derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños que se hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la reparación que corresponde, en los términos de ley.

En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera de elemental justicia que la Secretaría de Salud Federal otorgue la reparación del daño, no sólo a través de la indemnización que corresponda derivado de la responsabilidad institucional, sino aquella que tienda a reducir los padecimientos físicos, psíquicos y médicos de V1 y Q1, toda vez que el 21 de enero de 2011, el quejoso manifestó a personal de este organismo nacional, que su esposa ha tenido problemas de conducta, como consecuencia de la pérdida de V2. Por lo anterior, este organismo nacional considera necesario que la Secretaría de Salud Federal, brinde, por el tiempo que resulte necesario, la atención médica y psicológica, para su atención, y completa rehabilitación.

Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación, en contra del personal médico que intervino en los hechos materia de la presente recomendación y el que omitió supervisar a los médicos que tenían bajo su cargo y corroborar el estado de salud de V1 y V2.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor secretario de Salud Federal, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño e indemnizar a V1 y Q1 o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, médicos adscritos al servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud, que atendieron a V1 y que omitieron corroborar su estado de salud y el de V2 y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se reparen los daños físicos y psicológicos a V1 y Q1, tendentes a reducir los padecimientos que presenten en cada caso en particular, a través del tratamiento médico y psicológico que sea necesario para restablecer su salud física y emocional, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud Federal se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio que proporcione el personal médico se ajuste al marco de legalidad y sanas prácticas administrativas que deben observar, garantizando y supervisando que se apliquen los protocolos de estudios y de intervención necesarios para integrar diagnósticos precisos que permitan establecer tratamientos adecuados y así proporcionar atención médica oportuna y de calidad, y con ello evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, así como los indicadores de gestión o de evaluación que se apliquen al personal que reciba los mismos, en los cuales se señale el impacto efectivo de la capacitación.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se implemente en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud, como obligación para el personal médico, entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios suficientes para mantener las habilidades necesarias para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**QUINTA.** Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del Hospital de la Mujer involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SEXTA.** Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

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 hacer 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 la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, le solicito que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

**EL PRESIDENTE**  
**DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA**