



# Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

## SÍNTESIS:

1. El 11 de mayo de 2011, a las 04:30 horas, V1, mujer que se encontraba cursando el tercer trimestre de embarazo, se percató de que se le había “roto la fuente”, por lo que a las 06:00 horas, en compañía de Q1, acudió al Hospital de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, en donde el personal que la atendió se negó a recibirla con el argumento de que aún no cumplía con los centímetros de dilatación suficientes para iniciar labor de parto; asimismo, a las 11:30 horas de ese día, nuevamente se presentaron en el nosocomio, a fin de que se le proporcionara atención médica a V1, pero ésta le fue negada.
2. Posteriormente, a las 14:00 horas, V1 y Q1, por tercera ocasión, acudieron al referido hospital, en donde un médico les señaló que la víctima necesitaba practicarse un ultrasonido; a las 15:30 horas, a V1 se le practicó dicho estudio, del cual, según le explicó la persona que lo realizó, V2, bebé de 37 semanas de gestación, estaba pegado a la matriz. Ante ello, V1 y Q1 regresaron rápidamente al Hospital de la Mujer y fueron atendidos por otro médico, quien internó a la víctima a las 16:30 horas.
3. V2 nació mediante parto natural aproximadamente a las 21:37 horas. Para tal efecto, el personal médico utilizó “fórceps” para extraer a la bebé, situación que de acuerdo con lo señalado por Q1 provocó afectaciones al estado de salud de su hija, tales como asfixia perinatal y complicaciones en el corazón y en los pulmones, por lo que tuvo que permanecer internada 22 días.
4. El 3 de junio de 2011, a las 11:00 horas, V1 y Q1 acudieron a visitar a V2 al hospital, momento en que fueron informados de que la niña había fallecido desde las 08:30 horas de ese día, señalándose como causas de su muerte falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis neonatal y asfixia perinatal; en virtud de lo anterior, el 6 de junio de 2011, Q1 presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual fue turnada a este Organismo Nacional en la misma fecha, iniciándose el expediente CNDH/1/2011/5321/Q.

## Observaciones

5. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/ 1/2011/5321/Q, este Organismo Nacional contó con elementos que le permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personal médico adscrito al Hospital de la Mujer, en atención a lo siguiente:

6. A las 06:00 horas del 11 de mayo de 2011, V1 acudió al Hospital de la Mujer, donde fue valorada por AR1, quien indicó como plan de manejo practicarse un ultrasonido obstétrico y acudir a cita; al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que AR1 omitió realizar un adecuado interrogatorio, a fin de investigar posibles criterios de riesgo, como la ruptura prematura de membranas, que posteriormente le sería diagnosticada, y que es considerada como criterio absoluto de hospitalización.
7. Además, se advirtió que si bien AR1 indicó la necesidad de que a la víctima se le practicara un ultrasonido obstétrico, también lo es que dicho estudio no se realizó inmediatamente, circunstancia a la que se encontraba obligado y que hubiera permitido confirmar que para ese momento la paciente presentaba oligohidramnios, esto es, disminución anormal en la cantidad del líquido amniótico, que la condicionaba a presentar sufrimiento fetal agudo.
8. A las 12:57 horas, V1 nuevamente acudió al Hospital de la Mujer, donde fue valorada por AR2 y AR3, quienes integraron como diagnóstico embarazo de 39.3 semanas de gestación (sic), y pródromos de trabajo, indicando como plan de manejo practicarse un ultrasonido y acudir a cita con los resultados, o a urgencias en caso de datos de alarma obstétrica; en este sentido, AR2 y AR3 omitieron ordenar que V1 se practicara un ultrasonido urgente para confirmar la edad gestacional, valorar el bienestar fetal de V2 y detectar el cuadro clínico de oligohidramnios, que para ese momento ya presentaba debido a la ruptura prematura de membranas, además de que tampoco la ingresaron inmediatamente.
9. Así las cosas, a las 16:30 horas del 11 de mayo de 2011, V1 acudió por tercera ocasión al citado servicio del Hospital de la Mujer, en donde fue atendida por AR4 y dos residentes, quienes precisaron que le fue practicado a V1 un ultrasonido, el cual mostró un embarazo de 37 semanas de gestación (sic), índice de líquido amniótico de 5, placenta grado III y a un producto de 2,565 gramos, indicando que la víctima resultó positiva en la cristalografía, prueba confirmatoria de salida de líquido amniótico por ruptura prematura de membranas.
10. Aunado a lo anterior, AR4 reportó a V1 con trabajo de parto en fase latente; sobre el particular, el perito médico de esta Comisión Nacional señaló que AR4 omitió solicitar estudios de laboratorio de control y pruebas de bienestar fetal; además de que no realizó una adecuada valoración de la pelvis materna ni ordenó que se practicara una cefalopelvimetría, es decir, estudios radiográficos que permitieran medir la pelvis y con ello estar en posibilidad de determinar la idoneidad del canal de parto para el paso de V2.

- 11.**Lo anterior hubiera permitido que AR4 definiera con oportunidad la interrupción del embarazo de V1, a través de una cesárea, toda vez que se trataba de un producto de término, aunado a que la víctima presentaba ruptura prematura de membranas y oligohidramnios, criterios que eran suficientes para operarla y evitar con ello un parto distócico, la extracción del producto de la gestación con fórceps y la complicación grave de asfixia perinatal, con la cual V2 cursó posteriormente.
- 12.**De igual manera, los hallazgos descritos por AR4, consistentes en la prueba de cristalografía positiva, ultrasonido con índice de líquido amniótico 5, indicativo de oligohidramnios y el hecho de que al tacto vaginal se percató de que la paciente presentaba membranas rotas de 12 horas de evolución con salida de líquido amniótico claro, confirmaron que desde las 06:00 y 12:57 horas, es decir, cuando V1 acudió al Hospital de la Mujer y fue valorada por AR1, AR2 y AR3, ya cursaba con una ruptura prematura de membranas, complicación obstétrica grave que no fue diagnosticada ni manejada adecuada y oportunamente por los médicos tratantes; por lo expuesto, el personal médico omitió cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.
- 13.**Ahora bien, en el partograma realizado el 11 de mayo de 2011 por AR5, AR6 y AR7, y por dos residentes, se señaló que la pelvis de V1 era suficiente y apta para el trabajo de parto, reportándola desde las 17:30 a las 21:30 horas, es decir, en cuatro horas, con una dilatación de 10 cm y borramiento del 100 %; en este sentido, se observó que el personal médico le practicó a V1 siete tactos vaginales, a pesar de que esa maniobra estaba contraindicada, en razón de que ya tenía confirmado el cuadro clínico de ruptura prematura de membranas, situación que elevaba el riesgo de una infección materno-fetal.
- 14.**Asimismo, en opinión del perito médico de esta Comisión Nacional, la atención médica proporcionada por AR5, AR6 y AR7 fue inadecuada, toda vez que omitieron ordenar estudios de laboratorio de control, realizar pruebas de bienestar fetal, así como la extracción urgente de V2 vía cesárea desde las 19:30 horas, en virtud de que V1 tenía un cuadro clínico de oligohidramnios y ruptura prematura de membranas que ponían en riesgo la condición clínica del producto, permitiendo sin ningún criterio clínico y obstétrico que V1 permaneciera con dilatación y borramiento completo durante dos horas, circunstancias que provocaron agotamiento y pujo materno ineficaz.
- 15.**A las 21:37 horas del 11 de mayo de 2011, dos residentes atendieron el parto de V1, indicándose que AR8 se encontraba únicamente en calidad de preceptor; los dos residentes recibieron a V2 por parto distócico con aplicación de fórceps, debido a la fatiga materna de V1; en este contexto, el

hecho de que V2 haya tenido que ser extraída con fórceps permitió confirmar que la valoración de la pelvis materna realizada por AR5, AR6 y AR7 fue inadecuada, toda vez que el producto pesó 2,360 gramos, es decir, era pequeño y debió haber atravesado sin dificultad alguna la pelvis de V1, la cual fue reportada como suficiente en el partograma.

- 16.** Además, llamó la atención de este Organismo Nacional el hecho de que dos residentes hayan atendido el parto de V1, sin que existiera constancia de que hubiese estado como médico cirujano AR8. Efectivamente, este aspecto resultó de gran importancia en la valoración del caso porque la omisión en el deber de cuidado que tenía a su cargo AR8 generó una doble victimización institucional a la paciente.
- 17.** Lo anterior se tradujo también en un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
- 18.** Una vez que V2 fue extraída, el personal de Pediatría la reportó con 37 semanas de gestación (sic), peso y apgar bajos, no recuperado y asfixia perinatal; por ello, se le brindó aspiración, intubación y oxigenoterapia, y se le aplicó profilaxis antihemorrágica y contra la oftalmología purulenta, indicándose como plan de manejo cuidados de la cánula endotraqueal, de onfalocclisis, gasometría arterial y glicemias capilares por turno.
- 19.** Aunado a ello, en la historia perinatal del recién nacido y en la hoja de indicaciones de la Unidad Tocoquirúrgica se hizo constar que el personal médico del Hospital de la Mujer solicitó toma de estudios de laboratorio de la recién nacida, control y pase a la Unidad de Cuidados Intensivos, manejo adecuado e indicado para limitar en lo posible el daño encefálico secundario a la asfixia perinatal que V2 sufrió; sin embargo, dicha atención no le produjo mejoría significativa, toda vez que la asfixia perinatal ya había causado daños severos.
- 20.** Al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional señaló que la asfixia perinatal que V2 presentó fue una complicación grave del parto distócico y expulsivo prolongado, situación que no fue detectada ni manejada por todos los médicos tratantes del Hospital de la Mujer que valoraron a V1, debido a que ninguno solicitó la extracción de V2 por cesárea, a pesar de que la paciente contó con un cuadro clínico de oligohidramnios y ruptura prematura de membranas.
- 21.** V2 permaneció internada en el Hospital de la Mujer, donde el personal de Neonatología que la atendió el 11 de mayo de 2011 reportó que la gasometría de cordón umbilical que se le practicó mostró acidosis metabólica severa, esto es, hiperacidez excesiva de la sangre arterial, secundaria a déficit de oxigenación y perfusión, situación que confirmó el cuadro clínico de asfixia perinatal; posteriormente, el 12 de mayo de 2011, V2 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lugar donde

permaneció internada 22 días; durante su estancia presentó tres paros cardiorrespiratorios, los cuales fueron revertidos, sin embargo, dejaron como secuelas una encefalopatía hipóxico-isquémica, situación que favoreció el deterioro neurológico severo originado de inicio por la asfixia perinatal.

- 22.** El 17 de mayo de 2011 se le practicó a V2 un ultrasonido, que confirmó un edema cerebral severo; además, presentó crisis convulsivas que no cedieron a manejo mediante anticonvulsivante; posteriormente, el día 19 del mes y año citados se confirmó que la víctima cursaba con una infección nosocomial; el 3 de junio de 2011 presentó otro paro cardiorrespiratorio, mismo que el personal médico no pudo revertir, por lo que a las 08:30 horas se declaró su fallecimiento, señalándose como causas de muerte: falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis neonatal y asfixia perinatal, todas ellas complicaciones mortales derivadas de manera directa de la asfixia perinatal que la víctima presentó el 11 de mayo de 2011.
- 23.** En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personal médico del Hospital de la Mujer, no permitieron que se detectara en forma oportuna y temprana la ruptura prematura de membranas ni que se valorara adecuadamente la pelvis de V1, y con ello que se ordenara extraer a V2 mediante cesárea, circunstancias que finalmente tuvieron como consecuencia un parto distócico y expulsivo prolongado que provocó la asfixia perinatal del producto, y como consecuencia de ello que su estado de salud se deteriora a grado tal de presentar otras complicaciones, como acidosis metabólica severa, edema cerebral severo, crisis convulsivas y cuatro paros cardiorrespiratorios, que finalmente la llevaron a que el 3 de junio de 2011 perdiera la vida.
- 24.** En este orden de ideas, las omisiones en que incurrió el personal del Hospital de la Mujer implicaron que a V2 se le negara la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima, y como consecuencia la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos de la Secretaría de Salud Federal, vulnerándose en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida.

## **Recomendaciones**

**PRIMERA.** Que se repare el daño a V1 y Q1, incluyendo la atención psicológica que requieran.

**SEGUNDA.** Que en el Hospital de la Mujer se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen.

**TERCERA.** Que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de la Mujer, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

**CUARTA.** Que gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Hospital de la Mujer adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados.

**QUINTA.** Que gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Hospital de la Mujer supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

**SEXTA.** Que se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal.

**SÉPTIMA.** Que se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

## **RECOMENDACIÓN No. 6/2012**

### **SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V1 y V2.**

México, D.F., a 16 de marzo de 2012.

#### **MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG SECRETARIO DE SALUD FEDERAL**

Distinguido señor secretario:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 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/1/2011/5321/Q, relacionados con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, 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. 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 de los datos correspondientes y visto los siguientes:

#### **I. HECHOS**

3. El 11 de mayo de 2011, aproximadamente a las 04:30 horas, V1, mujer de 22 años de edad, que se encontraba cursando el tercer trimestre de embarazo, se percató que se le había “roto la fuente”, por lo que a las 06:00 horas de ese mismo día en compañía de Q1, su esposo, acudieron al Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, en donde el personal que la atendió y del cual no se precisaron sus datos, se negó a recibirla bajo el argumento de que aún no cumplía con los centímetros de dilatación suficientes para iniciar labor de parto, indicándole en consecuencia que debía retirarse a su domicilio.

4. De acuerdo al dicho de Q1, a las 11:30 horas de ese día, nuevamente se presentaron en el Hospital de la Mujer, a fin de que se le proporcionara atención médica a V1; pero ésta le fue negada, indicándole que no había camas disponibles además de que continuaba sin las condiciones para iniciar trabajo de parto.

5. Posteriormente, a las 14:00 horas del citado día, V1 y Q1 por tercera ocasión acudieron al referido hospital, en donde un médico les señaló que la víctima necesitaba practicarse un ultrasonido. Al respecto, el galeno los envió a un laboratorio ubicado en las inmediaciones del hospital a fin de practicarse el estudio en comento; pero, en ese momento, no estaba funcionando por lo que regresaron con el citado servidor público quien reiteró la necesidad de contar con el ultrasonido para determinar el estado de salud de V1 y V2, y con ello valorar la posibilidad de realizarle una cesárea.

6. Así las cosas, siendo las 15:30 horas de ese 11 de mayo de 2011, finalmente a V1 se le practicó el multicitado ultrasonido, del cual, según le explicó la persona que lo realizó, V2, bebé de 37 semanas de gestación (sic), estaba pegado a la matriz de su mamá en virtud de que ésta se encontraba seca. Ante ello, V1 y Q1 regresaron rápidamente al Hospital de la Mujer y fueron atendidos por otro médico, quien según el dicho del quejoso, minimizó la gravedad del caso limitándose a internar a su esposa a las 16:30 horas.

7. No obstante lo anterior, V2 nació mediante parto natural aproximadamente a las 21:37 horas de ese día. Para tal efecto, el personal médico que atendió el parto utilizó material del denominado "fórceps" para extraer a la bebé; situación que de acuerdo a lo señalado por Q1 en su escrito de queja, provocó afectaciones al estado de salud de su hija tales como asfixia perinatal, así como complicaciones en el corazón y pulmones; por lo que, la menor tuvo que permanecer internada 22 días en el Hospital de la Mujer.

8. El 3 de junio de 2011, siendo las 11:00 horas, V1 y Q1 acudieron a visitar a V2 al multicitado hospital, momento en que fueron informados de que la niña había fallecido desde las 08:30 horas de ese día; señalándose como causas de su muerte, falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico isquémica, sepsis neonatal y asfixia perinatal.

9. En virtud de lo anterior, el 6 de junio de 2011, Q1 presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual por razones de competencia fue turnada a este organismo nacional en la misma fecha, iniciándose el expediente **CNDH/1/2011/5321/Q**; solicitándose al director del Hospital de la Mujer, el informe correspondiente y copia del expediente clínico de V1 y V2.



## **II. EVIDENCIAS**

**10.** Queja presentada por Q1, el 6 de junio de 2011, ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual en la misma fecha se remitió a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos para su investigación.

**11.** Expediente clínico de V1 y V2, e informe relacionado con la atención médica que se les proporcionó a las víctimas en el Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, enviados a este organismo nacional en copia simple mediante oficio No. HM/DIR/064-11, de 19 de julio de 2011, suscrito por el director del citado nosocomio de los que destacaron:

**a.** Hoja de valoración y/o referencia de urgencias levantada a las 06:00 horas del 11 de mayo de 2011, por AR1, médico adscrito a esa área, en la que se indicó que a la exploración física de V1, se le encontró con cérvix de 1 cm de dilatación, 50% de borramiento y con membranas íntegras, estableciendo como diagnóstico primigesta con embarazo de 39.3 semanas (sic), indicando como plan de manejo cita abierta al servicio de Urgencias y practicarse ultrasonido obstétrico.

**b.** Hoja de valoración y/o referencia de urgencias levantada a las 12:57 horas del 11 de mayo de 2011, por AR2 y AR3, médicos adscritos a esa área, en la que se señaló que al tacto vaginal se encontró a V1 con cérvix dehiscente, 30% de borramiento y membranas íntegras, indicando como plan de manejo practicar ultrasonido obstétrico y acudir a cita con los resultados.

**c.** Hoja de valoración y/o referencia de urgencias levantada a las 16:30 horas del 11 de mayo de 2011, suscrita por AR4, médico adscrito a esa área, en la que se señaló que al tacto se encontró a V1 con cérvix de 3 cm de dilatación, 90% de borramiento, membranas rotas, líquido amniótico claro; precisando que resultó positiva en la cristalografía que se le practicó, indicando como plan de manejo su ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica.

**d.** Solicitud de estudio ultrasonográfico, sin hora, de 11 de mayo de 2011.

**e.** Partograma en el que se reportó la evolución del estado de salud de V1 y V2, elaborado entre las 17:30 a las 21:30 horas del 11 de mayo de 2011, por AR5, AR6 y AR7, todos ellos médicos adscritos a la Unidad Tocoquirúrgica.

**f.** Hoja de la enfermera de V1, elaborada a las 17:40 horas del 11 de mayo de 2011.

**g.** Carta de consentimiento bajo información de 11 de mayo de 2011, suscrita únicamente por V1.

**h.** Consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos de 11 de mayo de 2011, en la que se aprecian los nombres de V1, dos testigos y un médico

adscrito al Hospital General de la Mujer, sin que se encuentre suscrita por todos ellos.

**i.** Informe de parto levantado a las 21:37 horas del 11 de mayo de 2011, por dos residentes y AR8, médico preceptor adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica, en el que se señaló que V2, producto del sexo femenino, nació con peso de 2360 gr, Apgar 6/8, y se obtuvo mediante fórceps simpson, tipo tractor, modelo clásico.

**j.** Historia perinatal del recién nacido levantada a las 21:37 horas del 11 de mayo de 2011.

**k.** Nota posquirúrgica de V1 elaborada a las 23:00 horas del 11 de mayo de 2011, por AR8, médico preceptor adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica.

**l.** Nota de atención del recién nacido, emitida por personal adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica, a las 23:50 horas del 11 de mayo de 2011.

**m.** Indicaciones médicas para V2, realizadas por personal adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica en la que no se precisaron la hora y fecha de elaboración.

**n.** Nota de evolución y pase a piso de V1, levantados a las 02:00 horas del 11 de mayo de 2011 (sic), elaborada por AR8, médico preceptor adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica.

**ñ.** Nota de evolución de V1, emitida a las 05:30 horas del 12 de mayo de 2011.

**o.** Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de V2, levantada a las 07:00 horas del 12 de mayo de 2011.

**p.** Nota de evolución matutina de V1, realizada a las 10:00 horas del 12 de mayo de 2011.

**q.** Indicaciones médicas de V1, elaboradas a las 09:00 horas del 13 de mayo de 2011.

**r.** Nota agregada de V2, realizada a las 18:00 horas del 14 de mayo de 2011, por personal de Neonatología, en la que se precisó su estado de salud y la atención médica que se le proporcionó.

**s.** Nota de evolución de V2, elaborada el 17 de mayo de 2011.

**t.** Formato de microbiología de 19 de mayo de 2011, en el que se precisaron los resultados del hemocultivo practicado a V2.

**u.** Nota de defunción de V2, elaborada por personal del servicio de Neonatología a las 09:10 horas de 3 de junio de 2011.

v. Certificado de defunción de V2, en el que se precisaron como hora y fecha de fallecimiento las 08:30 horas del 3 de junio de 2011, y como causas de su muerte, falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico isquémica, sepsis neonatal y asfixia perinatal.

w. Resumen clínico, en el que personal de la división de Neonatología del Hospital de la Mujer precisó la atención médica que se otorgó a V2.

**12.** Notificación de conclusión del expediente No. 1, de 25 de julio de 2011, suscrito por el titular médico del módulo 4, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con motivo de la queja presentada por Q1 ante dicha institución, entregado por Q1 a personal de esta Comisión Nacional el 20 de enero del presente año.

**13.** Opinión emitida el 2 de enero de 2012, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, en el Hospital de la Mujer.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

**14.** El 11 de mayo de 2011, V1 acudió al Hospital de la Mujer con la finalidad de que se le proporcionara atención médica, toda vez que cursaba el tercer trimestre de embarazo y presentó ruptura de membranas; sin embargo, AR1, AR2, y AR3, personal médico adscrito al servicio de Urgencias que la valoró a las 06:00 y 12:57 horas, respectivamente, omitieron interrogarla adecuadamente a fin de determinar posibles criterios de riesgo y practicarle de manera urgente un ultrasonido obstétrico, que permitiera confirmar la edad gestacional de V2, así como su bienestar.

**15.** De igual forma, a las 16:30 horas de ese día, V1 fue valorada por AR4, médico adscrito al servicio de Urgencias quien le diagnosticó ruptura prematura de membranas de doce horas de evolución; sin embargo, omitió solicitar estudios de laboratorio de control, pruebas de bienestar fetal y realizar una valoración adecuada de pelvis materna para confirmar con ello, los criterios con los cuales la víctima atravesó y que eran suficientes para interrumpir su embarazo a través de una cesárea.

**16.** Posteriormente, V1 ingresó a la unidad Tocoquirúrgica, en la que fue atendida por los médicos AR5, AR6 y AR7, quienes omitieron hacer una valoración adecuada de la pelvis materna y permitieron, sin ningún criterio clínico y obstétrico, que la víctima permaneciera con dilatación y borramiento completo durante dos horas, por lo que tuvo un parto distócico y expulsivo prolongado; finalmente, dos residentes, atendieron a V2, quien nació por medio de parto natural con aplicación de fórceps debido a la fatiga materna que para ese momento atravesaba V1.

**17.** La inadecuada atención médica proporcionada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos al Hospital de la Mujer, provocaron que V1

atravesara por un parto distócico y expulsivo prolongado y como consecuencia de ello, que V2 presentara asfixia perinatal y complicaciones, tales como falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico isquémica y sepsis neonatal, las cuales el 3 de junio de 2011 causaron su fallecimiento.

**18.** Por lo anterior, Q1 formuló queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, instancia que inició el Expediente No.1, mismo que se concluyó por acuerdo de 25 de julio de 2011, suscrito por el titular médico del módulo 4, toda vez que los representantes del Hospital de la Mujer no aceptaron someterse a proceso arbitral.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**19.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente **CNDH/1/2011/5321/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que le permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuibles AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personal médico adscrito al Hospital de la Mujer, en atención a lo siguiente:

**20.** Siendo las 06:00 horas del 11 de mayo de 2011, V1 acudió al Hospital de la Mujer donde fue valorada por AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias, así como por tres residentes, quienes en la hoja de valoración y/o referencia del citado servicio, señalaron como antecedentes, padecimiento de una hora de evolución, caracterizado por dolor tipo cólico, sin síntomas de vasoespasmo, percepción de movimientos fetales y 15 de mayo de ese año como probable fecha de parto. Documento que constó en los expedientes clínicos de V1 y V2, enviadas por el director del Hospital de la Mujer a este organismo nacional mediante oficio No. HM/DIR/064-11, de 19 de julio de 2011.

**21.** Asimismo, se indicó que V1 contaba con un embarazo de 39.3 semanas de gestación (sic), 7 consultas de control prenatal en su Centro de Salud, reportando que no tenía estudios de laboratorio ni de gabinete o tratamientos previos; además, precisaron que a la exploración física se encontró a la víctima con presión arterial de 120/80, frecuencia cardiaca de 80, frecuencia respiratoria de 18 y temperatura de 36°C, consciente, orientada, hidratada, sin compromiso cardiorrespiratorio, glándulas mamarias gestantes, abdomen globoso por útero gestante con 25 cm de altura.

**22.** AR1, agregó que V2 se encontraba en situación longitudinal y presentación cefálica, con frecuencia cardiaca de 146 x'; añadió que al tacto vaginal, se advirtió cérvix posterior con dilatación de 1 cm, 50% de borramiento y membranas íntegras; diagnosticando, gestación 1 y embarazo de 39.3 semanas de gestación (sic), contadas a partir de la última fecha de menstruación, indicando como plan de manejo, practicarse un ultrasonido obstétrico y acudir a cita una vez que se tuvieran los resultados del mismo, estableciendo además un pronóstico reservado.

**23.** Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, observó que AR1, médico adscrito al área de Urgencias del Hospital de la Mujer, precisamente omitió realizar un adecuado interrogatorio a V1, a fin de investigar posibles criterios de riesgo como la ruptura prematura de membranas, que posteriormente le sería diagnosticada, y que es considerada como criterio absoluto de hospitalización a fin de mantener un monitoreo y vigilancia estrechos del binomio materno fetal.

**24.** Además, se advirtió que si bien AR1, indicó la necesidad de que a la víctima se le practicara como parte del protocolo de estudio un ultrasonido obstétrico, también lo es que dicho estudio no se realizó inmediatamente, circunstancia a la que se encontraba obligado y que hubiera permitido confirmar que para ese momento la paciente presentaba oligohidramnios; esto es, disminución anormal en la cantidad del líquido amniótico, que la condicionaba a presentar sufrimiento fetal agudo, debido a la ruptura prematura de membranas alta.

**25.** Posteriormente, a las 12:57 horas del mismo día, V1 nuevamente acudió al Hospital de la Mujer, donde fue valorada por AR2 y AR3, quienes señalaron los mismos antecedentes obstétricos de V1 en la hoja de valoración y/o referencia de Urgencias, añadiendo que la víctima presentó actividad uterina, antecedentes personales patológicos negados, movimientos fetales presentes, sin datos de vasoespasmo ni pérdidas vaginales, y con reporte de ultrasonido de 18 de abril de 2011, el cual mostraba un embarazo de 34.5 semanas de gestación.

**26.** Asimismo, AR2 y AR3, a la exploración física de V1, la encontraron con la siguiente sintomatología: TA 110/80; FC 78x'; FR 24x'; T 36°C; consciente; tranquila; orientada; buena coloración e hidratación; cabeza, cuello, glándula mamaria, precordio y campos pulmonares sin datos patológicos aparentes; abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 29 cm; V2 en situación longitudinal posición derecha y presentación cefálica, frecuencia 150 latidos por minuto; al tacto vaginal con cérvix dehiscente, borramiento del 30%, membranas integra y extremidades sin alteraciones; integrando como diagnóstico, embarazo de 39.3 semanas de gestación (sic) contadas a partir de la última fecha de menstruación, así como 38 semanas de gestación por ultrasonido, tercer trimestre y pródromos de trabajo; indicando como plan de manejo practicarse un ultrasonido y acudir a cita con los resultados del mismo o a urgencias en caso de datos de alarma obstétrica, estableciendo un pronóstico reservado.

**27.** En este sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del caso advirtió que AR2 y AR3, médicos adscritos al servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer omitieron ordenar que V1 se practicara un ultrasonido urgente para confirmar la edad gestacional, valorar el bienestar fetal de V2 y detectar el cuadro clínico de oligohidramnios, que para ese momento la víctima ya presentaba debido a la ruptura prematura de membranas, además de tampoco la ingresaron inmediatamente, a fin de llevar a cabo una vigilancia estrecha de V2 que permitiera determinar la resolución del embarazo.

**28.** Así las cosas, a las 16:30 horas del 11 de mayo de 2011, según se desprendió de la hoja de valoración y/o referencia de urgencias, V1 acudió por tercera ocasión al citado servicio del Hospital de la Mujer, en donde fue atendida por AR4 y por dos residentes, quienes la encontraron con los antecedentes ginecoobstétricos ya señalados, con dolor abdominal tipo cólico, movilidad fetal presente, sin datos de vasoespasmo, antecedentes quirúrgicos, alérgicos o transfusionales.

**29.** Asimismo, en la citada hoja de valoración y/o referencia de urgencias, señalada en el párrafo anterior, se precisó que en ese mismo día le fue practicado a V1 un ultrasonido, sin especificar la hora, el cual mostró un embarazo de 37 semanas de gestación (sic), índice de líquido amniótico de 5, placenta grado III y a un producto de 2565 gramos de peso; indicando además, que la víctima resultó positiva en la cristalografía, prueba confirmatoria de salida de líquido amniótico por ruptura prematura de membranas.

**30.** Aunado a lo anterior, AR4 reportó a V1 con la siguiente sintomatología: sin compromiso cardioventilatorio; abdomen globoso a expensas de útero gestante con 29 cm de altura; una contracción en 10 minutos; V2 en situación longitudinal, presentación cefálica y FCF 145x'; especificando que se le practicó a V1 un tacto vaginal, que arrojó cérvix posterior con 3 cm de dilatación, 90% de borramiento, membranas rotas y salida de líquido amniótico claro; integrando el diagnóstico de: gesta 1, embarazo de 37 semanas de gestación (sic), contadas a partir de la última fecha de menstruación; trabajo de parto en fase latente, esto es en el periodo que inicia con la ruptura de membranas y termina con el parto; y, ruptura prematura de membranas de doce horas de evolución; indicándose como plan de manejo ingresar a V1 a Urgencias Tocoquirúrgica, estableciendo un pronóstico reservado para el binomio.

**31.** Sobre el particular, el perito médico de esta Comisión Nacional señaló que AR4, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer, omitió solicitar estudios de laboratorio de control y pruebas de bienestar fetal obligadas en V1, en atención a que se encontraba con trabajo de parto en fase latente; además de que no realizó una adecuada valoración de la pelvis materna ni ordenó que se practicara una cefalopelvimetría, es decir, estudios radiográficos que permitieran medir la pelvis de V1, y con ello, estar en posibilidad de determinar la idoneidad del canal de parto para el paso de V2, situación indicada para una paciente nulípara.

**32.** Lo anterior, hubiera permitido que AR4 definiera con oportunidad la interrupción del embarazo de V1, a través de una cesárea, toda vez que se trataba de un producto de término, es decir viable, aunado a que la víctima presentaba ruptura prematura de membranas y oligohidramnios, criterios que en opinión del perito médico forense de este organismo nacional, eran suficientes para operarla, y evitar con ello, un parto distócico, la extracción del producto de la gestación con fórceps y la complicación grave de asfixia perinatal, con la cual V2 cursó posteriormente.

**33.** De igual forma, los hallazgos descritos por AR4, consistentes en la prueba de cristalografía positiva, ultrasonido con índice de líquido amniótico 5, indicativo de oligohidramnios y el hecho de que al tacto vaginal, se percató de que la paciente presentaba membranas rotas de doce horas de evolución con salida de líquido amniótico claro, confirmaron el hecho de que desde las 06:00 y 12:57 horas, es decir, cuando V1 acudió al Hospital de la Mujer y fue valorada por AR1, AR2 y AR3, ya cursaba con una ruptura prematura de membranas, complicación obstétrica grave que no fue diagnosticada ni manejada adecuada y oportunamente por los citados médicos tratantes.

**34.** Ahora bien, de la hoja de la enfermera del servicio de Urgencias elaborada a las 17:40 horas del 11 de mayo de 2011, se desprende que V1 fue canalizada con 500 ml de solución Hartman; además de que se le administró un gramo de ampicilina vía intravenosa, y 5 unidades de oxitocina; situación que evidenció la omisión en que incurrió el personal médico del Hospital de la Mujer que trató a la víctima, en el sentido de que no se solicitaron estudios de laboratorio ni las pruebas de bienestar fetal correspondientes.

**35.** Por lo expuesto, se observó que AR1, AR2, AR3 y AR4, omitieron cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; debido a que no detectaron los riesgos obstétricos de V1, mediante la aplicación de procedimientos normados que permitieran prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la sobrevivencia materno-infantil.

**36.** Ahora bien, en el partograma realizado el 11 de mayo de 2011 por AR5, AR6 y AR7, médicos adscritos a la Unidad Tocoquirúrgica, y por dos residentes se señaló que la pelvis de V1 era suficiente y apta para el trabajo de parto; reportándola desde las 17:30 a las 21:30 horas, es decir en cuatro horas, con frecuencia cardíaca fetal de 138 a 160 latidos por minuto, continuando con 5 unidades de oxitocina; precisando que a las 19:30 horas presentó una dilatación de 10 cm y borramiento del 100%; además de que, a las 20:30 horas se le administró bloqueo analgésico y se le realizó, sin especificar la hora, un registro cardiotocográfico que reportó frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, precisando que no se pudo imprimir su trazo porque no se contó con papel.

**37.** En este sentido, se observó que el personal médico le practicó a V1 siete tactos vaginales entre las 17:30 y 21:30 horas, uno cada media hora; situación que se evidenció debido a que se reportó el borramiento y la dilatación cervical de la víctima, lo cual sólo es posible realizar mediante la citada maniobra; esto es, un tacto vaginal a pesar de que la misma estaba contraindicada para V1, en razón de que ya tenía confirmado el cuadro clínico de ruptura prematura de membranas, situación que precisamente elevaba el riesgo de una infección materno fetal.

**38.** Asimismo, en opinión del perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del caso, la atención médica proporcionada por AR5, AR6 y AR7, médicos adscritos a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital de la Mujer fue inadecuada, toda

vez que omitieron ordenar estudios de laboratorio de control, realizar pruebas de bienestar fetal, así como la extracción urgente de V2 vía cesárea desde las 19:30 horas, en virtud de que V1 tenía un cuadro clínico de oligohidramnios y ruptura prematura de membranas que ponían en riesgo la condición clínica del producto, permitiendo sin ningún criterio clínico y obstétrico que V1 permaneciera con dilatación y borramiento completo durante dos horas, circunstancias que provocaron agotamiento y pujo materno ineficaz.

**39.** En este contexto, a las 21:37 horas del 11 de mayo de 2011, dos residentes atendieron el parto de V1, según se desprendió del informe de parto, toda vez que en el mismo se indicaron como médico cirujano a una residente de segundo año y como su ayudante a un residente de cuarto año, indicándose que AR8, se encontraba únicamente en calidad de preceptor.

**40.** Así las cosas, los dos residentes recibieron a V2, recién nacida por parto distócico con aplicación de fórceps, debido a la fatiga materna de V1, con un peso de 2,360 gramos, previa episiotomía media, calificado con Apgar de 3, 6/8, talla 46 cm; posteriormente, el personal médico aspiró las secreciones de V2, realizó el pinzamiento y corte de cordón umbilical; una vez que se entregó a la recién nacida al médico especialista en Pediatría, éste la reportó con tono disminuido, sin presencia de llanto espontáneo, sin circular de cordón, además precisó que el personal que atendió el parto, obtuvo una placenta completa con salida de líquido amniótico claro y con grumos, dejando la cavidad virtualmente limpia, practicaron el cierre de episiotomía, y dieron por terminado el evento obstétrico.

**41.** En este contexto, el hecho de que V2 haya tenido que ser extraída con fórceps, permitió confirmar que la valoración de la pelvis materna realizada por AR5, AR6 y AR7, fue inadecuada, toda vez que el producto pesó 2,360 gramos, es decir, era pequeño y debió haber atravesado sin dificultad alguna la pelvis de V1, la cual fue reportada por el citado personal médico como suficiente en el Partograma correspondiente.

**42.** Además, llamó la atención de este organismo nacional, el hecho de que dos residentes hayan atendido el parto de V1, sin que existiera constancia de que hubiese estado como médico cirujano AR8, médico adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica. Efectivamente, este aspecto resultó de gran importancia en la valoración del caso porque la omisión en el deber de cuidado que tenía a su cargo AR8, generó una doble victimización institucional a la paciente en atención a que la situación obstétrica que padecía, ya de por sí complicada, fue agravada ante la inexperiencia y falta de pericia del personal residente que la atendió.

**43.** Lo anterior, representó en consecuencia un descuido institucional que se tradujo también en un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, que en términos generales establece que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico los médicos residentes deben participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes,



toda vez que se encuentran en adiestramiento; criterio que en la recomendación 47/2011, emitida el 24 de agosto de 2011 por este organismo nacional a la Secretaría de Salud Federal, ya había señalado.

**44.** Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, emitida el 23 de abril de 2009, manifestó su preocupación en el sentido de que en diversos casos el personal médico titular delega su responsabilidad en internos de pregrado para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias.

**45.** Ahora bien, una vez que V2 fue extraída, el personal de Pediatría la reportó con 37 semanas de gestación (sic), peso bajo, apgar bajo no recuperado y asfixia perinatal; por ello, se le brindó aspiración, intubación y oxigenoterapia; además, fue canalizada del ombligo con solución fisiológica, se le aplicó profilaxis antihemorrágica y contra la oftalmología purulenta; indicándose como plan de manejo tomar signos vitales, cuidados generales, así como cuidados de la cánula endotraqueal, de onfaloclistis, gasometría arterial y glicemias capilares por turno.

**46.** Aunado a ello, en la historia perinatal del recién nacido y en la hoja de indicaciones de la Unidad Tocoquirúrgica, se hizo constar que el personal médico del Hospital de la Mujer solicitó toma de estudios de laboratorio de la recién nacida, control y pase a la Unidad de Cuidados Intensivos, manejo adecuado e indicado para limitar en lo posible el daño encefálico secundario a la asfixia perinatal que V2 sufrió; sin embargo, dicha atención no le produjo mejoría significativa alguna en su estado de salud, toda vez que la multicitada asfixia perinatal, entidad clínica grave de elevada mortalidad ya había causado daños severos.

**47.** En este contexto, es importante señalar que la asfixia perinatal es el daño producido en el recién nacido por una anomalía del intercambio gaseoso fetal, generando una serie de cambios irreversibles como hipoxia, hipercapnia, acidosis metabólica, fracaso de la función de por lo menos dos órganos y la muerte; los principales factores de riesgo perinatales para el desarrollo de asfixia perinatal son: sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico meconial, distocias fetales y trabajo de parto prolongado; además, los principales factores de riesgo neonatales, relacionados con su desarrollo son los oligohidramnios, entre otros.

**48.** Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, señaló que la asfixia perinatal que V2 presentó, fue una complicación grave del parto distócico y expulsivo prolongado, situación que no fue detectada ni manejada adecuada y oportunamente por todos los médicos tratantes del Hospital de la Mujer que valoraron a V1 el 11 de mayo de 2011, debido a que ninguno de ellos solicitó la extracción de V2 por cesárea, a pesar de que la paciente contó con

un cuadro clínico de oligohidramnios y ruptura prematura de membranas, que fueron confirmados por ultrasonido y mediante cristalografía.

**49.** En este contexto, es importante señalar que la distocia es un trabajo de parto anormal o dificultoso, que ocurre en menos del 10% de las mujeres nulíparas; su etiología se atribuye a la estrechez pélvica, presencia de tumores, tamaño fetal mayor de 4 kg, presentaciones anómalas, hipertonía o hipotonía uterina, así como a una placenta previa; por otra parte, la fatiga materna presente en el trabajo de parto, se refiere al cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia, la cual es a menudo incontrolable y debida al esfuerzo que de sobremanera realiza la madre durante el trabajo de parto, específicamente durante las contracciones uterinas presentes durante el periodo expulsivo.

**50.** Al respecto, el lineamiento técnico denominado “Cesárea Segura”, emitido por la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, así como por la Dirección General de Salud Reproductiva en el 2002, establece que las indicaciones para realizar una operación cesárea son: estrechez pélvica, sufrimiento fetal e infección amniótica, entre otras; además de señalar que dentro de las principales indicaciones de la operación cesárea se encuentran el sufrimiento fetal agudo y la ruptura prematura de membranas; circunstancias que V1 presentó, y que no fueron consideradas.

**51.** Así las cosas, V2 permaneció internada en el Hospital de la Mujer, donde el personal de Neonatología que la atendió a las 23:50 horas del 11 de mayo de 2011, en la nota de atención al recién nacido respectiva reportó que la gasometría de cordón umbilical que se le practicó a la víctima, mostró acidosis metabólica severa, esto es hiperacidéz excesiva de la sangre arterial, secundaria a déficit de oxigenación y perfusión, situación que confirmó el cuadro clínico de asfixia perinatal.

**52.** Por ello, V2 fue sometida a termoterapia en cuna radiante, ventilación mecánica asistida a dosis convencionales, se le colocó catéter arterial y venoso; manejo adecuado que permitió su estabilidad transitoria, pero que indicaba que el estado de salud de la víctima era grave; posteriormente, el 12 de mayo de 2011, V2 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer, lugar donde permaneció internada 22 días, tiempo durante el cual se manejó con apoyo multisistémico y vigilancia estrechos, así como control metabólico, hemodinámico, neurológico, cardiorrespiratorio, gastronutricio y hemato infeccioso.

**53.** Asimismo, V2 durante su estancia en la citada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer, presentó tres paros cardiorrespiratorios, con una duración aproximada de 2 minutos cada uno, los cuales fueron revertidos adecuadamente mediante maniobras de reanimación avanzadas; sin embargo, dejaron como secuelas una encefalopatía hipóxico isquémica, situación que favoreció el deterioro neurológico severo originado de inicio por la asfixia perinatal.

**54.** Así las cosas, el 17 de mayo de 2011 se le practicó a V2 un ultrasonido, transfontanelar, que confirmó un edema cerebral severo; además de que la víctima presentó crisis convulsivas que no cedieron a manejo mediante anticonvulsivante; posteriormente, el 19 de ese mes y año, a través de los policultivos que le fueron practicados a la víctima, se confirmó que ésta cursaba con una infección nosocomial, cuadro clínico que fue tratado adecuadamente mediante el suministro de múltiples antibióticos de amplio espectro.

**55.** El 3 de junio de 2011, V2 presentó otro paro cardiorespiratorio, mismo que el personal médico no pudo revertir, por lo que a las 08:30 horas se declaró el fallecimiento de la víctima, señalándose en el certificado de defunción como causas de muerte: falla orgánica múltiple (17 días), encefalopatía hipóxica isquémica (22 días), sepsis neonatal (18 días) y asfixia perinatal (22 días), todas ellas complicaciones mortales derivadas de manera directa de la asfixia perinatal que la víctima presentó el 11 de mayo de 2011.

**56.** En este contexto, para esta Comisión Nacional las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personal médico del Hospital de la Mujer, no permitieron que se detectara en forma oportuna y temprana la ruptura prematura de membranas ni que se valorara adecuadamente la pelvis de V1; y con ello, que se ordenara extraer a V2 mediante cesárea.

**57.** Circunstancias que finalmente, tuvieron como consecuencia un parto distócico y expulsivo prolongado que provocaron la asfixia perinatal del producto, y como consecuencia de ello, que el estado de salud de la víctima se deteriora a grado tal de presentar otras complicaciones como acidosis metabólica severa, edema cerebral severo, crisis convulsivas y cuatro paros cardiorrespiratorios, que finalmente la llevaron a que el 3 de junio de 2011 perdiera la vida.

**58.** En este orden de ideas, las omisiones en que incurrió el citado personal del Hospital de la Mujer implicaron que a V2 se le negara la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima; y como consecuencia, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos de la Secretaría de Salud Federal.

**59.** A mayor abundamiento, es importante mencionar que en las recomendaciones 05/2011 y 37/2011, emitidas el 3 de febrero y 24 de junio de 2011, respectivamente, esta Comisión Nacional hizo hincapié en la importancia que tiene precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto; circunstancia que en el presente caso no ocurrió, y que si evidenció el incumplimiento a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

**60.** La citada NOM-007-SSA2-1993, establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

**61.** Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida; y, adicionalmente a brindar una atención con mayor calidez.

**62.** Por todo lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos al Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, vulneraron en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud, y a la vida, respectivamente, contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto y séptimo, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**63.** De igual forma, los artículos 1, 2, fracción V; 3, fracción IV; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 37, 51, 61, fracción I, 77, Bis 1 y 77, Bis 9, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, 9, 21, 48 y 99, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

**64.** Igualmente, el citado personal médico del Hospital de la Mujer con su conducta omitió observar las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo, la protección más amplia a las personas, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**65.** Al respecto, los numerales 6.1., del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1., de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, 25.1., y 25.2., de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 24.1., y 24.2., de la Convención sobre los Derechos del Niño; I y VII, 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; así como 10.1. y

10.2., inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en síntesis, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y de adoptar para ello, las medidas necesarias para su plena efectividad.

**66.** Asimismo, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos al Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal incurrieron en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

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

**68.** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos por ello, emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirmó que el derecho a la protección de la salud 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, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad.

**69.** Es importante mencionar, que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, 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.

**70.** En la presente recomendación, quedó evidenciado que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos al Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud Federal, que atendieron a V1 y V2, omitieron considerar en todo momento, el interés superior que en materia de derechos humanos se les reconoce a los usuarios de los servicios médicos que proporciona el Estado; para lo cual, debieron realizar una adecuada vigilancia clínica que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle la atención médica que las

víctimas requerían; todo ello, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situaciones que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevaron a cabo.

**71.** Además, no pasó desapercibido para este organismo nacional que el personal médico tratante de V1 y V2 en el Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, también omitió observar las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, ya que no registraron sus nombres completos, cargos, rangos, especialidades y firmas en las constancias médicas que obraron en el expediente clínico de V1 y V2; además de que tampoco emitieron adecuadamente la Carta de Consentimiento Bajo Información y del Consentimiento Informado, aplicables a procedimientos quirúrgicos, ambas de fecha 11 de mayo de 2011.

**72.** Cabe reiterar, que ha sido una preocupación permanente de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, manifestada en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 02/2012, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, así como el 30 de junio de 2011, y 27 de enero de 2012, respectivamente, el hecho de encontrar en los expedientes clínicos remitidos con motivo de las violaciones investigadas, notas médicas incompletas e ilegibles, con excesos de abreviaturas, sin firmas, cargos rangos, matrículas y especialidades del personal médico que las emite, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes.

**73.** Por ello, resultó importante considerar en este caso los criterios emitidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la sentencia del caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, numeral 68; en la que se determinó precisamente la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, ya que se traduce en un instrumento guía para el tratamiento y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

**74.** La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, según lo estableció la citada Corte Interamericana de Derechos Humanos, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza; pronunciamiento de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

**75.** Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de

protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 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 incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado, deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

**76.** En virtud de lo expuesto, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de su atribuciones, 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, presente queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación, en contra del personal médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

**77.** En consecuencia, esta 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 a V1 y Q1, incluyendo además, la atención psicológica que requieran con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, médicos adscritos al Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, esto con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento y, envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, en la que se les exhorte a 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 suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud Federal, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Gire sus instrucciones para que el personal médico adscrito al Hospital de la Mujer, supervise la atención que los internos y residentes que se encuentran en adiestramiento, proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Se colabore ampliamente con este organismo nacional, en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal, en contra del personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SÉPTIMA.** 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, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

**78.** 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, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, 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.

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



**80.** 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, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

**81.** 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**