



**Recomendación: 2/2009**

Expedientes de queja acumulados al expediente  
**CDHDF/122/07/IZTP/D3629-II:**

**CDHDF/122/07/MHGO/D6371-II;**  
**CDHDF/122/07/BJ/D7124-II;**  
**CDHDF/II/121/BJ/08/D3196;**  
**CDHDF/II/121/XOCH/08/D3251;**  
**CDHDF/II/122/IZTP/08/D5516, y**  
**CDHDF/II/122/MA/08/D6217.**

Peticionarias y Peticionarios: (ver cuadro 1)

- **Agraviada A.**
- **Esposo y suegra de la agraviada B.**
- **Madre de la agraviada C.**
- **Agraviada D.**
- **Esposo de la agraviada E y Armando Jiménez Barranco, coordinador del módulo de atención ciudadana del diputado Daniel Ramírez del Valle.**
- **Esposo de la agraviada F1.**
- **Suegra de la agraviada G1.**

Personas agraviadas: (ver cuadro 1)

- **Agraviada A y su hija recién nacida.**
- **Agraviada B y el producto de su embarazo.**
- **Agraviada C y el producto de su embarazo.**
- **Agraviada D y el producto de su embarazo.**
- **Agraviada E y su esposo.**
- **Agraviadas F1, F2 y F3.**
- **Agraviadas G1, G2 y G3.**

Autoridad responsable: **Secretaría de Salud del Distrito Federal y Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.**

Caso: **Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil.**

Derechos humanos violados:

- I. **Derecho a la vida por negligencia médica.**
- II. **Derecho a la salud por negligencia médica.**

- III. **Derecho a la salud por deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y disponibilidad de personal médico.**
- IV. **Derecho a la salud por omisión en la información a las usuarias del servicio médico y el consentimiento informado.**

<b>Cuadro 1 Relación de Expedientes</b>				
<b>Peticionarias y peticionarios</b>	<b>Agraviadas y agraviados</b>	<b># de Exped.</b>	<b>Fecha de registro queja</b>	<b>Violaciones</b>
Agraviada A.	Agraviada A (mujer de 34 años), así como su hija recién nacida quien falleció a los 7 meses de vida.	D3629-II	18/06/07	I. Negligencia médica. II. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico. III. Omisión en la información en salud y el consentimiento informado.
Esposo y suegra de la agraviada B.	Agraviada B (mujer de 27 años), y el producto de su embarazo, ambos fallecieron.	D6371-II	28/10/07	I. Negligencia médica II. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico. III. Omisión en la información en salud y el consentimiento informado.
Madre de la agraviada C.	Agraviada C (mujer de 27 años) y el producto de su embarazo, quien falleció antes de nacer.	D7124-II	5/12/07	I. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico. II. Omisión en la información en salud y el consentimiento informado.
Agraviada D	Agraviada D (mujer de 27 años) y el producto de su embarazo quien falleció antes de nacer.	D3196	11/06/08	I. Negligencia médica. II. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales.
Esposo de la agraviada E, y Armando Jiménez Barranco, coordinador del módulo de atención ciudadana del diputado Daniel Ramírez del	Agraviada E (mujer de 38 años), quien por la atención de anestesiología durante la cesárea sufrió lesión cerebral y falleció 10 meses después.	D3251	13/06/08	I. Negligencia médica. II. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico. III. Omisión en la información en salud y el consentimiento informado.

Valle.				
Esposo de la agraviada F1.	Agraviadas F1 (mujer de 20 años); F2 (mujer de 19 años) y F3 (mujer de 17 años). Ninguno de los productos padeció consecuencias graves.	D5516.	22/09/08	I. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico.
Suegra de la agraviada G1.	Agraviadas G1 (mujer de 17 años); G2 (mujer de 26 años), y G3 (mujer de 19 años). Los productos de las agraviadas G1 y G2 fallecieron debido a su estado prematuro; el producto de la agraviada G3 no tuvo complicación alguna.	D6217.	20/10/08	I. Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y personal médico.

**Dr. Armando Ahued Ortega**  
**Secretario de Salud del Distrito Federal y**  
**Director General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.**

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 30 de marzo de 2009, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja citados al rubro, la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) formuló esta Recomendación, aprobada por el suscrito, en términos de lo establecido por los artículos 3, 6 y 17 fracciones I, II y IV; 22, fracción XVI, 24 fracción IV y VII ; 46; 47, 48, 51, y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como por los artículos 136 al 142 y el segundo transitorio del Reglamento Interno.

Para la investigación de las denuncias recibidas en la CDHDF en torno a la atención médica materno infantil de la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y con fundamento en los artículos 24, fracción VII de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 70, 71 y 111 bis de su Reglamento Interno, se acumularon los expedientes **CDHDF/122/07/MHGO/D6371-II;** **CDHDF/122/07/BJ/D7124-II;**  
**CDHDF/III/121/BJ/08/D3196;** **CDHDF/III/121/XOCH/08/D3251;**  
**CDHDF/III/122/IZTP/08/D5516, y CDHDF/II/122/MA/08/D6217,** que se tramitaron e identificaron por el número del primer expediente: **CDHDF/122/07/IZTP/D3629-II.**

La presente Recomendación se dirige al Secretario de Salud del Distrito Federal, en virtud de que a él le corresponde proporcionar los servicios de Atención Médica Materno Infantil de la Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Se fundamenta en lo establecido en los artículos 4 y 122, apartado C, base segunda, fracción II, inciso b) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, fracción II; 12, fracción IV; 67, fracción II; y 87 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2, 5, 14, 15, fracción VII, 16, fracciones I y IV, y 29 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 6°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 17°, 18°, 19°, 20°, 21°, 22°, 23°, 24°, 25°, 26°, 27°, 28°, 29°, 30°, 31°, 32°, 33°, 34°, 35°, 36°, 37°, 38°, 39°, 40°, 41°, 42°, 43°, 44°, 45°, 46°, 47°, 48°, 49°, 50°, 51°, 52°, 53°, 54°, 55°, 56°, 57°, 58°, 59°, 60°, 61°, 62°, 63°, 64°, 65°, 66°, 67°, 68°, 69°, 70°, 71°, 72°, 73°, 74°, 75°, 76°, 77°, 78°, 79°, 80°, 81°, 82°, 83°, 84°, 85°, 86°, 87°, 88°, 89°, 90°, 91°, 92°, 93°, 94°, 95°, 96°, 97°, 98°, 99°, 100°.

fracciones I, II, III, y IX, XXIV , y 14 fracción I, VIII, IX, 16 Bis, incisos I, III Y IV; 16 Bis-5, de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

De conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley de la CDHDF, se informó a las peticionarias y agraviadas relacionadas con los expedientes, que por ley sus nombres no se harían públicos, salvo su solicitud expresa en contrario.

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de los rubros que constituyen la presente Recomendación.

## **1. RELATORÍA DE LOS HECHOS.**

**Caso 1: Mujer y su hija nacida prematuramente, debido a una negligencia consistente en la inhibición del trabajo del parto, con lo cual se provocó sufrimiento fetal en el producto, lo que su vez originó una lesión cerebral irreversible, falleciendo 7 meses después.**

**1.1.** El 18 de junio de 2007 se presentó en las instalaciones de este Organismo, una mujer de 34 años de edad para denunciar la vulneración a sus derechos humanos. De los hechos iniciales se calificó la queja como violación al derecho a la salud sexual y reproductiva, así como a derecho a la salud de su hija.

**1.2.** En el año 2006 se encontraba embarazada, por lo que acudió al Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Belisario Domínguez” en adelante Hospital Belisario Domínguez, donde se llevó a cabo su control prenatal. El 22 de noviembre de ese mismo año, cuando tenía 32 semanas de embarazo, *se le rompió la fuente*, por lo que acudió al hospital referido, donde se negaron a recibirla, sin informarle el por qué no la recibían, a pesar de que en ese lugar llevó a cabo todo el seguimiento de su embarazo, enviándola a buscar la atención médica a otros hospitales.

**1.3.** Por lo anterior, acudió al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en adelante Hospital Manuel Gea González, donde se negaron a atenderla con el argumento de que era obligación del Hospital Belisario Domínguez recibirla y atenderla, ya que ahí se había llevado el seguimiento de su embarazo. Ese mismo día regresó al Hospital Belisario Domínguez donde finalmente la ingresaron al área de urgencias de gineco-obstetricia. En esa área fue atendida por la doctora Martínez, quien le indicó que le realizarían los estudios correspondientes para determinar las acciones médicas a seguir, porque el producto tenía ocho meses de gestación y estaba pequeño; por esta razón tendría que darle maduración pulmonar a fin de que éste no corriera riesgo, indicándole que dicha situación se determinaría en 32 horas.

**1.4.** Los estudios arrojaron que presentaba un embarazo de 32 semanas. La agraviada refirió que fue enviada a piso donde la doctora Rendón le indicó que tendría que soportar esa situación, toda vez que no le intervendrían en virtud de que *su cuerpo era como una incubadora para el bebé, sin importarles que ella les refería que ya tenía muy poco líquido amniótico, a lo que dicha doctora le indicó que el producto estaba generando su propio líquido amniótico.*

**1.5.** El 25 de noviembre de 2006, la agraviada presentó un dolor en la cadera, lo que originó que los médicos del hospital le proporcionaran medicamentos para inhibir las contracciones. Alrededor del mediodía de ese día, los médicos detectaron que el producto presentaba sufrimiento fetal,<sup>1</sup> lo que ocasionó que fuera trasladada al área de tococirugía, en donde la anestesióloga la hizo firmar la Hoja de Consentimiento para que se le pusiera la ráquea;<sup>2</sup> no obstante, ella continuó sintiéndose mal, hasta que sintió un espasmo o contractura intensa, siendo con ello la última vez que pudo percibir los movimientos de su bebé.

**1.6.** Se le tuvo que otorgar prioridad a otra mujer que había sufrido el rompimiento del útero. Finalmente hasta las 18:30 horas pudieron extraer viva una bebé, la cual tuvo que ser reanimada porque aparentemente había nacido con *muerte cerebral.*

**1.7.** Al día siguiente trasladaron a la hija de la agraviada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de ese mismo Hospital, la peticionaria se percató que su hija se encontraba en una cuna térmica, presentaba espasmos y estaba conectada a un respirador. Por esta razón, se decidió trasladar a la recién nacida para ser valorada en el Hospital Pediátrico de Legaria, donde la pediatra neuróloga que le atendió le indicó que no se podría hacer nada y que debía esperar a que la bebé falleciera.

**1.8.** En ese hospital le realizaron otros estudios con los que se determinó que su hija presentaba un daño cerebral severo, por lo que fue nuevamente canalizada con la neuro-pediatra, quien le informó que la bebé presentaba convulsiones, para lo cual únicamente le proporcionarían medicamento para controlarlas, toda vez que no se podía hacer más. Ella solicitó que se le proporcionaran algunas alternativas para atender a su hija; sin embargo, esa doctora sólo le informó que dicha situación la tendría que ver con el médico que la atendía.

**1.9.** Por recomendación de otro médico, la peticionaria solicitó que se le practicara a la niña una traqueostomía<sup>3</sup> a fin de que le fuera retirado el tubo que tenía en la

---

<sup>1</sup> Se trata de una disminución al aporte de oxígeno que recibe el producto, lo cual puede repercutir en daños irreversibles al sistema nervioso del bebé.

<sup>2</sup> Término con el que se conoce a la aplicación de la anestesia epidural para reducir las dolencias en el trabajo de parto.

<sup>3</sup> Procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

boca y una gastrostomía<sup>4</sup> para que tuviera otro medio para alimentarse. Su petición originalmente no fue atendida, pero gracias a su insistencia se llevó a cabo la intervención en el mes de mayo de 2007, de la cual su hija salió adelante.

**1.10.** Durante los siete meses que vivió la menor de edad, estuvo internada en el Hospital Belisario Domínguez, donde la peticionaria padeció diversas dificultades debido a que en ocasiones no se atendía a su hija, con el argumento de que existían otras prioridades. Finalmente en la madrugada del 28 de junio de 2007, falleció la menor de edad.

**1.11.** Debido a estas anomalías, el 15 de diciembre de 2006, la agraviada inició una averiguación previa ante el Ministerio Público investigador de la Fiscalía para Servidores Públicos, a la cual se asignó el número de expediente FSP/BT2/2731/06-12 por la probable comisión de delitos relacionados con la responsabilidad médica. Sin embargo, el 30 de abril de 2007 se determinó el no ejercicio de la acción penal. Debido a que la peticionaria se dedicó completamente a velar por la salud de su hija, no le fue posible impugnar esta resolución.

**1.12.** Del estudio al expediente de indagatoria mencionada, se detectó que ésta se basó en un dictamen elaborado por médico perito de la PGJDF, quien no llevó a cabo ningún análisis respecto de la ponderación sobre la decisión médica realizada el 25 de noviembre de 2006 entre continuar manteniendo al producto en el útero materno permitiendo que padeciera sufrimiento fetal o correr el riesgo de provocar el nacimiento, ni tampoco realizó ningún análisis sobre el retardo que existió a partir del mediodía del 25 de noviembre de 2006, para extraer al producto lo más pronto posible, una vez que éste se encontraba con déficit de oxígeno.

**1.13** Cabe mencionar, que posterior al dictamen del perito de la PGJDF, esta Comisión recibió el Informe Médico realizado por personal de este Organismo en el cual se afirma que hubo mala práctica y carencia de recursos materiales y personales en la atención a la agraviada y de su hija recién nacida. Se realizó un peritaje más, éste por un médico especialista en gineco-obstetricia externo, quien afirma que la atención médica brindada a la agraviada fue deficiente y sin apego a las normas y procedimientos establecidos en la práctica médica. Asimismo, se concluye en ambas opiniones médicas que hubo carencia de personal médico.

---

<sup>4</sup> Se trata de una intervención quirúrgica realizada con el propósito de implementar una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal, directamente dentro del estómago, para que el paciente pueda alimentarse.

**Caso 2: Mujer de 27 años y el producto de su embarazo, quienes fallecen al no ser debidamente atendidos por un problema de eclampsia<sup>5</sup>, en el Hospital General “Dr. Rubén Leñero”.**

**1.14.** El día 9 de noviembre de 2007, los peticionarios acudieron a esta Comisión a fin de presentar una queja por los hechos sucedidos los días 28 y 29 de octubre de 2007. El día 28 de octubre del 2007, los peticionarios (esposo y suegra) llevaron a la agraviada al Hospital General “Dr. Rubén Leñero”, en adelante Hospital Rubén Leñero, ya que presentaba fuertes dolores en abdomen y siete meses de gestación. Después de 45 minutos de espera, la agraviada palideció y los dolores aumentaron. Ante la negativa de atención médica de emergencia y de hacerla esperar más de 10 minutos, ingresó al área de Urgencias donde le diagnosticaron colitis, diciéndole que todo se solucionaría después de que: *“vomitara lo que había cenado”*.

**1.15.** Cuando la agraviada ingresó al área de Urgencias, se le aplicó una solución con ranitidina pero comenzó a convulsionar y a vomitar. Ante esta situación, su esposo solicitó ayuda pero nadie le hizo caso. Cuando terminaron las convulsiones, las y los médicos de ese nosocomio no quisieron brindarle atención si no se retiraba del lugar, por lo que tuvo que abandonar el área donde se encontraba su cónyuge. Aunado a lo anterior, refirió el peticionario que no se le proporcionó información sobre el estado de su esposa y del producto, y solamente le pidieron que firmara unos documentos donde liberaba de cualquier responsabilidad a los médicos, debido al estado grave en el que se encontraba su esposa y el producto de su embarazo.

**1.16.** Aproximadamente a las 8:30 horas del 29 de octubre de 2007, se presentó el cambio de turno y fue cuando una médica que recién ingresaba a laborar, informó a las personas peticionarias que la agraviada y su bebé habían fallecido.

**1.17.** El esposo de la persona agraviada inició una averiguación previa a la que se asignó el número FMH/34/T2/092/07-10; en este expediente, el Ministerio Público solicitó un peritaje al Instituto Nacional de Perinatología en el cual se determinó que no se proporcionó una atención médica adecuada a la agraviada ni al producto de su embarazo, señalando que de las consultas prenatales se encuentran indicios de preeclampsia, los cuales pasaron inadvertidos por las y los médicos de ese hospital; por consecuencia no le practicaron estudios de laboratorio para descartar dicho diagnóstico. Cuando la agraviada se presentó en el Hospital Rubén Leñero, no fue valorada con prontitud y eficacia por el Servicio de Gineco-obstetricia ni de Cirugía General, aunado a que el expediente clínico relacionado con este caso, no fue debidamente integrado. Actualmente la averiguación previa continúa en integración.

---

<sup>5</sup> Eclampsia: enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, eliminación de proteínas en orina, acumulación de líquido en los tejidos de las extremidades, crisis convulsivas y alteraciones hepáticas. La eclampsia no controlada es una causa importante de muerte materna.

**Caso 3. Mujer de 27 años y el producto de su embarazo que al llegar al Hospital General Xoco no reciben atención médica por falta de personal y de recursos materiales. Al ser trasladada al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, el producto de su embarazo había muerto.**

**1.18.** El día 5 de diciembre de 2007, la madre de la agraviada se comunicó a esta Comisión y refirió que su hija de 27 años de edad, tenía 37 semanas de gestación. Gracias al servicio de gratuidad que le brinda el Gobierno del Distrito Federal, durante su embarazo fue atendida médicamente en el Hospital General Xoco. Señaló que el 3 de diciembre, su hija tuvo un fuerte dolor de cabeza y su abdomen se puso duro, por lo que a las 22:00 hrs. del mismo día, ingresó por el área de Urgencias a dicho nosocomio. En este lugar le informaron que su hija aún no daría a luz sino hasta el siguiente día, por lo que se retiraron a su domicilio.

**1.19.** Siendo las 10:00 hrs. del día martes, 4 de diciembre de 2007, la peticionaria se presentó en dicho hospital donde en diversas ocasiones solicitó informes sobre el estado de salud de su hija. Sin embargo, se negaron a proporcionarle dicha información, siendo hasta las 17:00 horas del mismo día que se presentó en la sala de espera una enfermera de la cual desconoce su nombre pero puede reconocer plenamente, quien le refirió de forma prepotente que el producto del embarazo de su hija presentó sufrimiento fetal por lo que fue trasladada al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc.

**1.20.** En las instalaciones del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc un médico y una trabajadora social, informaron a la peticionaria que cuando su hija ingresó al Hospital, el producto de su embarazo ya había muerto.

**Caso 4: Debido a la carencia de recursos e insumos para brindar atención médica de emergencia materno-infantil; murió el producto.**

**1.21.** El día 10 de junio de 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo una mujer de 27 años de edad para denunciar la vulneración a sus derechos humanos. De los hechos iniciales se calificó la queja como violación al derecho a la salud sexual y reproductiva, así como la salud del producto de su embarazo en los términos que a continuación se describen.

**1.22.** El 5 de junio de 2008 acudió al Hospital General Xoco a recibir atención médica para atender su embarazo del cual ya cursaba 36 semanas de gestación, presentaba contracciones cada 3 o 4 minutos y la salida de un líquido verdoso sin olor por el que continuamente tenía que estar cambiando de toallas sanitarias, aunado a que ya no sentía los movimientos de su bebé. En dicho hospital fue atendida por el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz.

**1.23.** Durante la valoración médica, dicho servidor público se percató que presentaba la salida de líquido verdoso en abundante cantidad, aunado a que su

bebé ya no se movía; no obstante, le indicó que dicha situación se debía *a que al bebé aún no le tocaba nacer*. Le señaló que ella presentaba una fuerte infección vaginal. En el expediente médico se observa que el doctor suministró una inyección de ketorolaco y le recetó óvulos para la infección.

**1.24.** Ella continuó presentando contracciones y la salida vaginal del líquido verdoso, lo cual derivó que al día siguiente se presentara al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” a fin de que en éste fuera nuevamente valorada; fue atendida por una doctora quien realizó un ultrasonido, el cual determinó que su bebé había fallecido.

**1.25.** La agraviada fue internada de inmediato en el hospital mencionado a fin de intervenirla quirúrgicamente y extraerle el producto de su abdomen que ya había muerto, intervención que finalmente ya no se llevó a cabo en virtud de que ella terminó expulsando el producto vía vaginal (previa inducción realizada).

**1.26** Con motivo de lo anterior, esta Comisión solicitó la opinión médica del Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, quien concluyó que existe la responsabilidad institucional del Hospital General de Xoco, debido a la carencia de recursos y principalmente de personal, para atender oportuna y eficazmente a la agraviada. Asimismo se encontraron omisiones en la elaboración de la nota médica que correspondieron al médico tratante.

**Caso 5: Fallecimiento de una mujer de 38 años después de casi 10 meses de permanecer en estado de completa discapacidad, debido a mala práctica en la aplicación de anestesia, lo que produjo daño cerebral irreversible.**

**1.27.** Mediante un escrito enviado a este Organismo el 13 de junio de 2008 por el Módulo de Atención, Orientación y Quejas Ciudadanas del Diputado Daniel Ramírez del Valle, el esposo de la agraviada refirió a este Organismo que el pasado 6 de Octubre del 2007, la agraviada fue víctima de negligencia médica en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco.

**1.28.** En dicho Hospital, la agraviada fue sometida a una cesárea después de considerar que no era posible llevar a cabo el parto natural. Sin embargo, según consta en el expediente médico, la anestesia por bloqueo epidural fue insuficiente, por lo que se decidió utilizar anestesia general. Durante la intervención quirúrgica se presentaron dos complicaciones:

**1.28.1.** La primera fue que el suministro de anestesia se tuvo que interrumpir en dos ocasiones por impericia de la anesthesióloga, aunado a que la anestesia epidural fue insuficiente, teniendo que aplicar de emergencia anestesia general.

**1.28.2.** La segunda fue que durante el procedimiento quirúrgico se presentaron dos paros cardiorrespiratorios, los cuales tuvieron como resultado que la paciente sufriera daño neurológico irreversible que la dejó en estado de discapacidad total permanente.

**1.29.** Debido a esta complicación, la agraviada fue trasladada al Hospital General Dr. Enrique Cabrera en donde debieron estabilizarla, permaneciendo 15 días en Terapia Intensiva; dos meses después la dieron de alta a pesar de que la agraviada estaba en un estado de salud que requería cuidados de parte de personal capacitado. Aunque existía el compromiso por parte de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, específicamente del Centro de Salud de Xochimilco para brindar la asistencia oportuna y eficiente para esta mujer, no se realizaron las visitas a domicilio que eran necesarias para ayudarla.

**1.30.** El esposo de la víctima inició el trámite de la Averiguación Previa número FSP/B/T1/1772/08-08. Finalmente, la agraviada falleció el 21 de julio de 2008 por insuficiencia respiratoria, neumonía, anemia, anoxia cerebral y desnutrición. La Averiguación Previa sigue integrándose.

**1.31.** El 9 de marzo de 2009 esta Comisión solicita una Opinión Médica al Dr. Ernesto Rosales Valenzuela, Médico Anestesiólogo, en la que concluye que hubo errores médicos graves por parte de la médico anesthesiologa Dra. Fanny González González, desde la aplicación deficiente del bloqueo peridural hasta el deficiente procedimiento de anestesia general.

**1.32.** En el proceso de la investigación, se detectó que el Hospital Materno Infantil de Xochimilco no cuenta con laboratorio en el turno de la noche para que se hicieran estudios previos de sangre que permitieran prevenir la posible hemorragia; ni con banco de sangre para evitar la pérdida del líquido hemático; tampoco cuentan con camilleros, ni asistentes para cirugía profesionales, pues la médica cirujana solamente pudo contar con la ayuda de un médico de pregrado. Aunado a lo anterior, el expediente clínico de atención médica proporcionada a la paciente no fue integrado conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

#### **Caso 6: Sobre inaccesibilidad al servicio de atención médica materno infantil a tres mujeres embarazadas, debido a la carencia de personal.**

**1.33.** El día 21 de septiembre de 2008, se comunicó por vía telefónica un peticionario para presentar una queja refiriendo que ese mismo día, desde las trece horas, en los hospitales Materno Infantil de Xochimilco y de Topilejo del Gobierno del Distrito Federal no había médicos ginecólogos para atender los partos que se presentaran y que en el Hospital Belisario Domínguez sólo había un médico para atender a las mujeres en trabajo de parto. También asentó que su esposa de 17 años (agraviada F1) y otras dos mujeres, una que contaba con 26 años (agraviada F2) y otra de 19 años de edad (agraviada F3), se encontraban en trabajo de parto y no se les brindaba la atención médica necesaria.

**1.34.** Por lo anterior, esta Comisión solicitó el 21 de septiembre de 2008 al Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, que se tomaran las medidas precautorias adecuadas y suficientes a fin que se giraran

instrucciones pertinentes al personal médico del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, para que de manera inmediata valoraran y certificaran adecuada y profesionalmente a las mujeres que estuvieran en trabajo de parto, a efecto de brindarles la atención médica que requirieran; así mismo, en caso de necesitarse, se realizaran las gestiones correspondientes para trasladarlas a la institución médica que su estado de salud requiriera.

**1.35.** Al respecto, el Dr. Osvaldo González La Riviere, Director General del Hospital Belisario Domínguez respondió que las pacientes en cuestión fueron atendidas todas, por la única ginecóloga que se encontraba en el servicio; por esta razón, no pudieron ser atendidas con la premura que debiera, debido a la problemática de tener que atender además de las pacientes en consulta, otros eventos obstétricos tanto de atención de partos como de realización de cesáreas.

**Caso 7: Sobre falta de accesibilidad al servicio de atención médica en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta en agravio de tres mujeres, por carencia de personal.**

**1.36.** El día 18 de octubre de 2008, una persona se comunicó vía telefónica a este Organismo para presentar una queja, en ella refirió que su nuera de 16 años de edad (agraviada G1), iba a dar a luz, por ello acudieron al Hospital Materno Infantil de Milpa Alta pero de inicio se negaron a atenderla, argumentando no tener gineco-obstetra ni anestesiólogo. La peticionaria refirió que solamente después de que ella exigió la atención médica, recibieron a su nuera.

**1.37.** Así mismo, solicitó a esta Comisión la investigación la atención médica que se brinda en dicho hospital, ya que por la negativa de atención médica, aproximadamente tres horas antes de la queja que dio origen a este expediente, una señora (agraviada G2 de quien desconoce sus datos) dio a luz en el consultorio del nosocomio, pero como el bebé nació sin que se le prestara atención médica, después falleció. Asimismo, el esposo de otra paciente (agraviada G3), se enfermó porque discutió con los médicos para que atendieran a su esposa.

**1.38.** Aproximadamente una hora después, se comunicó por vía telefónica a este Organismo, la mamá de la persona agraviada G2 quien dio a luz en un consultorio del Hospital Materno Infantil Milpa Alta, y cuyo recién nacido falleció. Ella afirmó que el día 18 de octubre de 2008, su hija comenzó a sangrar, por lo que acudieron al referido hospital, donde un médico le indicó que todavía faltaba tiempo para que el bebé naciera, que regresara a su casa y permaneciera en reposo. Sin embargo, al regresar a su casa, los malestares continuaron y se intensificaron, por lo que fue revisada por dos doctores externos, mismos que le recomendaron regresar al hospital. Cuando llegó, el sangrado empeoró, por lo que entraron en uno de los consultorios del nosocomio y solicitaron la atención. El médico le ordenó que le bajara el pantalón a su hija, pero como ya el bebé estaba naciendo, dicho servidor público ya no hizo nada, y sólo permaneció observando. Posteriormente, les dijeron que el bebé había fallecido.

**1.39.** Tomando en cuenta las dos llamadas, personal de este Organismo acudió al Hospital Materno Infantil de Milpa Alta el 19 de octubre de 2008 a las 03:30 horas, solicitando información en relación a la atención médica que había prestado a las mujeres agraviadas. El asistente de la Dirección, Dr. Eduardo Irad Amerre, refirió que constantemente resulta muy difícil prestar el servicio médico pues no cuentan con personal suficiente. Que ese día faltó a trabajar el médico ginecólogo porque le dieron el día libre, y el médico anestesiólogo llegó tarde a trabajar. Además de ello, comentó que en algunas ocasiones él funge como anestesiólogo o como ginecólogo para atender casos urgentes.

**1.40.** En esa misma visita, el personal de esta Comisión recibió la queja de otro peticionario quien les comentó a los visitantes adjuntos que al presentarse con su esposa (agraviada G3) por primera vez al Hospital General de Milpa Alta a las 17:00 horas del 17 de octubre de 2008, para que se le atendiera porque iba a dar a luz, los médicos la regresaron porque señalaron que todavía no era el momento. Al regresar al referido hospital a las 22:15 horas, se negaron a atenderla, y le indicaron que no tenían posibilidades para asistirle en el parto porque no había anestesiólogo ni pediatra, por lo que le sugirieron buscar otro hospital. Debido al estrés que le generó la falta de asistencia médica para su esposa, el peticionario se desmayó en uno de los consultorios del hospital, ocasionándose dos pequeñas heridas. Al ver esta situación, los médicos accedieron a prestar la atención médica necesaria para él y su esposa.

**1.41.** Al respecto, el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, en el resumen clínico enviado a esta Comisión, elaborado el día 29 de octubre de 2008, refirió que en el turno nocturno no contaban con ginecólogo.

## **2. COMPETENCIA DE LA CDHDF PARA REALIZAR Y CONCLUIR LA INVESTIGACIÓN.**

**2.1.** La CDHDF es competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueran imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal.<sup>6</sup>

**2.2.** Los “Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París)” establecen como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de los derechos humanos, la defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Conforme a lo establecido por los artículos 102 Constitucional apartado B, 2 y 3 de la Ley de la CDHDF y 11 de su Reglamento Interno.

<sup>7</sup> ONU, *Principios de París*. Resolución A/RES/48/134 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993.

**2.3.** De los hechos narrados por las y los peticionarios, así como del análisis a pruebas documentales entre las que destacan los expedientes sobre la atención médica proporcionada a las mujeres agraviadas, así como a sus hijas e hijos, generaron la convicción de violaciones al derecho a la vida, a la salud materno infantil por negligencia médica e inaccesibilidad a los servicios de salud, por insuficiencia de recursos humanos y materiales, así como por omisión en la información a las usuarias del servicio médico y el consentimiento informado.

**2.4.** Esta presunción surtió la competencia a este organismo público autónomo para realizar la investigación respectiva, con fundamento en el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por los artículos 2, 3 y 17 fracciones I y II inciso a) de la Ley y 11 del Reglamento Interno, ambos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

### **3. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.**

**3.1.** Una vez analizados y calificados los hechos y establecida la competencia de este organismo público, personal de la Segunda Visitaduría General de la CDHDF realizó diversas acciones para la investigación de estos casos, tales como:

- Solicitudes de medidas precautorias y gestiones telefónicas para que se proporcionara atención médica efectiva e inmediata a las personas agraviadas.
  - Entrevistas directas con las personas peticionarias y las agraviadas.
  - Análisis y seguimiento de las averiguaciones previas iniciadas por la probable comisión del delito de homicidio por responsabilidad profesional, con motivo de los hechos aquí denunciados.
  - Se obtuvo información médica, administrativa, de cuestionarios a médicos y directores respecto de los hechos denunciados, proporcionada por escrito por parte de los servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
  - Solicitud y análisis de expedientes clínicos certificados sobre la atención médica que fue proporcionada a las pacientes-agraviadas; y en el primer caso, también de la recién nacida agraviada.
  - Elaboración de informes médicos del personal médico visitador de la CDHDF, sobre la atención proporcionada a las pacientes agraviadas y en el primer caso, de la niña recién nacida.
-

- Elaboración de informes médicos externos sobre la atención médica proporcionada a las agraviadas, realizados por médicos especialistas en gineco-obstetricia y anestesiología.

#### 4. RELACIÓN DE EVIDENCIAS

##### **4.1 Caso 1. Mujer y su hija nacida prematuramente, debido a una negligencia consistente en la inhibición del trabajo del parto, con lo cual se provocó sufrimiento fetal en el producto, lo que su vez le originó una lesión cerebral irreversible, falleciendo 7 meses después.**

**4.1.1.** Notas médicas de los días 22 al 25 de noviembre de 2006 realizadas en el Hospital Belisario Domínguez, en las cuales se registraron acciones médicas enfocadas a madurar los pulmones del producto prematuro (32 semanas de embarazo) y en el uso de antibióticos para evitar una infección (corioamnionitis)<sup>8</sup>, dejando que la evolución del embarazo presentara de forma espontánea el trabajo de parto.

**4.1.2.** Nota médica realizada en el Hospital Belisario Domínguez a las 11:45 horas del día 25 de noviembre de 2006, en la cual se observa que la peticionaria reporta dolor en cadera, y que se le realizó una prueba sin estrés (prueba en la que se valora la condición fetal)<sup>9</sup> la cual se observó no reactiva (datos de sufrimiento fetal)<sup>10</sup> tipo 1, recuperable. La decisión médica fue hidratar a la paciente y administrar una dosis única de indometacina<sup>11</sup> para inhibir el trabajo de parto. Se hace mención que de continuar así se pasaría a la unidad de tococirugía para llevar a cabo una cesárea.

**4.1.3.** Nota médica realizada en el Hospital de Especialidades Médicas a las 12:39 horas del día 25 de noviembre de 2006, donde se reporta que la agraviada presenta temblor en todo el cuerpo; se palpa actividad uterina sin modificaciones del cuello del útero (trabajo de parto que no se ha instaurado adecuadamente). Se refiere además una prueba sin estrés reactiva con descensos (datos de

---

<sup>8</sup> La corioamnionitis es una infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico. Se presenta en un 1 a 2 por ciento de todos los embarazos.

<sup>9</sup> Una prueba sin estrés (su sigla en inglés es NST) mide la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos del feto. En general, la frecuencia cardíaca de un feto sano aumenta cuando éste se mueve. La NST suele realizarse en el último trimestre del embarazo.

<sup>10</sup> Cuando el resultado de la prueba sin estrés es NO REACTIVO, significa que no existe cambio alguno en la frecuencia cardíaca cuando el feto se mueve. Esto puede indicar un problema que requiere de otros estudios. Una prueba NST no reactiva, no siempre significa que existe un problema con el feto. El feto puede estar durmiendo solamente. O puede ser no reactivo debido a una inmadurez fetal. Es común que los fetos prematuros, en especial los de menos de 28 semanas, tengan pruebas sin estrés no reactivas, en esos casos pueden ser necesarios exámenes prenatales adicionales.

<sup>11</sup> Aunque la indometacina está recomendada para el tratamiento de la osteoartritis, también se puede utilizar para retardar el trabajo de parto.

sufrimiento fetal). Por lo anterior se decide preparar la unidad de tococirugía para llevar a cabo la cesárea. A las 13:00 horas de ese mismo día se menciona que se informó a la agraviada sobre la decisión de llevar a cabo este procedimiento.

**4.1.4.** Nota médica realizada en el Hospital Belisario Domínguez a las 15:00 horas del 25 de noviembre de 2006, donde se menciona que la paciente se prepara para cesárea en cuanto haya disponibilidad para ocupar la sala de tococirugía, toda vez que hay una paciente saliendo de ese lugar y se tuvo que dar prioridad a otra persona que sufrió la ruptura de la matriz por causa de una cicatriz por cesárea previa. En la misma nota se hace referencia que no se cuenta con otro equipo quirúrgico y que en ese momento solamente hay una gineco-obstetra.

**4.1.5.** Nota médica realizada en el Hospital Belisario Domínguez a las 18:20 horas del 25 de noviembre de 2006, donde se hace mención de que inicia el procedimiento quirúrgico.

**4.1.6.** Nota asentada en hoja quirúrgica realizada en el Hospital Belisario Domínguez a las 20:00 horas del 25 de noviembre de 2006, donde se reporta que se extrae un neonato (recién nacido) femenino flácido y con problemas cardíacos y respiratorios, encontrando a la cavidad uterina fétida (lo cual significa que había infección en el útero de la mujer agraviada).

**4.1.7.** Nota de ingreso a piso realizada en el Hospital Belisario Domínguez el 26 de noviembre de 2006, donde se menciona que en la exploración física los genitales de la agraviada se encuentran en forma normal, loquios<sup>12</sup> fétidos moderados (datos de infección). En el análisis se menciona que se pedirá una biometría hemática<sup>13</sup> para valorar leucocitos (células blancas de defensa), y que se iniciará a cubrir con doble esquema antibiótico.

**4.1.8.** Nota del 27 de noviembre de 2006 realizada en el Hospital Belisario Domínguez, en la cual se menciona que la persona agraviada se encuentra sin datos de infección y con leve hiperemia (aumento de la circulación sanguínea) de la herida quirúrgica.

**4.1.9.** Nota de alta del 28 de noviembre de 2006 realizada en el Hospital Belisario Domínguez, en la cual se menciona que los loquios son normales y que la herida quirúrgica no tiene infección, se retiran los puntos de la sutura. Se da cita a la agraviada en 2 días con el doctor Zubilaga.

**4.1.10.** Nota de valoración de urgencias del 1 de diciembre de 2006 en el Hospital Belisario Domínguez, en donde se refiere que la paciente manifestó que ha presentado secreción serohemática (líquido con presencia de sangre) en la herida

---

<sup>12</sup> Derrame sanguíneo, sero sanguíneo y seroso sucesivamente por la vagina en las primeras semanas después del parto.

<sup>13</sup> La biometría hemática es el análisis exhaustivo de la sangre que permite diagnosticar cuál es el manejo que se debe proporcionar a una enfermedad relacionada con el tejido sanguíneo.

quirúrgica derivada de la cesárea; sin embargo, en la exploración física no se encuentran datos de salida de líquido y los loquios no son fétidos, por lo que se decide su egreso.

**4.1.11.** Nota médica del área de urgencias del 4 de diciembre de 2006 realizada en el Hospital Belisario Domínguez, en la cual se menciona que la paciente presenta datos francos de infección de la herida quirúrgica derivada de la cesárea con dehiscencia (separación de una incisión quirúrgica). Por este problema se decide su ingreso.

**4.1.12.** Nota quirúrgica del día 8 de diciembre de 2006 realizada en el Hospital Belisario Domínguez, en la cual se menciona que se llevó a cabo la resutura<sup>14</sup> de la herida quirúrgica derivada de la cesárea. El 10 de diciembre de 2006 se egresa a la paciente sin que existieran más complicaciones.

**4.1.13.** Acta circunstanciada realizada por personal de Quejas y Orientación de la CDHDF, en la que la agraviada promueve su queja contra personal del Hospital Belisario Domínguez por causa de la negligencia médica que provocó que su hija naciera con lesión cerebral irreversible y su posterior fallecimiento.

**4.1.14.** Copias certificadas del Acuerdo sobre la Propuesta de No Ejercicio de la Acción Penal que recayó sobre el expediente FSP/B/T2/2731/06-12 promovido por la peticionaria por la probable comisión del delito de lesiones por responsabilidad profesional y negación del servicio público, contra quien resultare responsable.

La determinación para no ejercer la acción penal se basa en el dictamen elaborado por perito médico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en el cual se establecen las siguientes conclusiones, con base en 7 preguntas planteadas por el agente del Ministerio Público investigador:<sup>15</sup>

A) Si la atención médica que recibió la agraviada, por el personal médico del Hospital Belisario Domínguez fue el correcto:

Efectivamente, el tratamiento administrado y la atención médica recibida por la C.[...] por el personal médico de la clínica de especialidades Belisario Domínguez, se apega a la LEX ARTIS médica.

B) Si incurrieron en alguna negligencia, impericia o responsabilidad profesional y por qué.

No se aprecia impericia o negligencia médica por parte del personal de salud del Hospital de Especialidades Médicas Belisario Domínguez. Según expediente clínico se llevaron a cabo todas y cada una de las medidas

<sup>14</sup> Se refiere a la acción de volver a cerrar una herida quirúrgica,

<sup>15</sup> En el apartado sobre la argumentación de esta Recomendación, se explicará porqué en la CDHDF no estamos de acuerdo con las conclusiones de los médicos peritos de la PGJDF, así como los aspectos que no fueron tomados en cuenta en ese peritaje.

necesarias encaminadas a garantizar la vía del binomio (MADRE-PRODUCTO) ya que se trataba de un embarazo pretérmino, de alto riesgo, con ruptura prematura de membranas y que no garantizaba que el producto debido a su inmadurez hiciera frente fisiológicamente a la vida extrauterina.

C) Si el tratamiento que recibió la C.[...] con la finalidad de completar el primer esquema de maduración fetal y antibiótico terapia fue el correcto, en qué consistió y en caso contrario determine si existió negligencia o impericia o responsabilidad profesional.

De hecho ante la ruptura de membranas, esto se considera un riesgo potencial de infección por lo que se debe iniciar inmediatamente con terapia antimicrobiana como en el caso presente, así como ante la ruptura prematura de membranas, ausencia de trabajo de parto y ante la evidencia de un embarazo pre término, se debía garantizar la madurez pulmonar del producto, por lo que se instalan esquemas de maduración pulmonar con vigilancia estrecha, hasta garantizar la salud de la madre y la viabilidad del producto en este caso. Se realiza la interrupción del embarazo por vía cesárea, en virtud del deterioro del producto, (disminución de la frecuencia cardíaca) con el resultado predecible en este caso e inevitable de la insuficiencia respiratoria, aunado a los efectos de la anestesia que se administra a la madre, trae como consecuencia el paro cardíaco de la menor, el cual se revierte con maniobras médicas pero con la consecuente hipoxia cerebral, así como la muerte cerebral, considero que este evento no es atribuible a negligencia, impericia o mala praxis médica, más bien es debida a la inmadurez pulmonar del producto que lo pone en riesgo inminente de hacer frente por sí solo a la vida extrauterina.

D) Determine cuál fue la razón por la cual el producto presentó síndrome de dificultad respiratoria, asfixia prenatal, post paro cardio respiratorio, y por qué estaba potencialmente afectado por RPM de cinco días y si esto es atribuible a los médicos tratantes por negligencia, impericia o responsabilidad profesional.

La menor recién nacida presenta síndrome de dificultad respiratoria debido a que es producto de un embarazo pretérmino, aún sus pulmones no se encontraban aptos fisiológicamente para realizar por sí mismos el intercambio gaseoso y garantizar la oxigenación de los tejidos aún y a pesar de haber instaurado un primer esquema de maduración pulmonar, así mismo la anestesia administrada en el acto quirúrgico, si en un producto de embarazo a término con la maduración pulmonar adecuada causa depresión respiratoria, en el caso presente era de esperarse este evento.

E) Determine si la agraviada presentó infección de la herida abdominal, si se debió a negligencia, impericia o responsabilidad profesional de algún médico y porqué, y si le causó alguna lesión y clasifique las mismas.

Los riesgos inherentes en una cirugía independientemente del actuar médico, son las infecciones aun y a pesar de que la cirugía se realice bajo la normatividad de asepsia y antisepsia, debe tomarse en cuenta que el riesgo potencial de la ruptura de membranas de tiempo prolongado, es la infección. Esto trae como consecuencia que el actuar del médico debe ser preventivo,

en este caso la prevención se da desde el momento de la instauración de esquema de antibióticos desde el momento del internamiento de la paciente, precisamente para evitar infecciones.

F) Determine a que se debió que la recién nacida presentara muerte cerebral, si dicho resultado fue por impericia, negligencia o responsabilidad profesional y por qué.

La menor recién nacida presentó muerte cerebral debido a que al momento del nacimiento presentó paro cardio respiratorio, (el cual es revertido por maniobras médicas), lo que trae como consecuencia un pobre o nula irrigación cerebral, (hipoxia o anoxia cerebral) con la consecuente muerte cerebral.

G) Determine si la muerte cerebral que presenta la recién nacida es un daño o alteración de su salud y clasifique las lesiones, determine si existió un deber de cuidado que los médicos tratantes no previeron siendo previsibles en la atención médica tanto de la C. [...] como en la recién nacida.

De hecho tanto la muerte cerebral como la infección de la herida quirúrgica de la cesárea de la madre son daños o alteraciones en la salud, en este caso no pueden ser lesiones atribuibles a personal médico, pues desde su ingreso a hospitalización se instauraron las medidas necesarias en cuanto a tratamiento médico como antibiótico terapia, maduración fetal, etc., para salvaguardar la integridad del binomio. Los resultados en este caso escapan del actuar médico.

**4.1.15.** Nota médica del 4 de enero de 2007, en la cual se solicitó interconsulta a cirugía pediátrica para realizar una intervención quirúrgica a la menor de edad con el objeto de realizarle un orificio artificial en el estómago a través de la pared abdominal, para poderla alimentar, toda vez que sus condiciones de salud no le permiten incrementar la alimentación.

**4.1.16.** Nota médica del 12 de febrero de 2007, se decide realizar la cirugía hasta que la menor de edad cediera un proceso infeccioso que padecía. Esta resolución se confirmó en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa el 3 de abril de 2008.

**4.1.17.** Nota médica del 5 de mayo de 2007, se menciona que la menor de edad ya tiene las plaquetas (células sanguíneas esenciales para la coagulación de la sangre) necesarias, por lo que queda pendiente la interconsulta para valoración de cirugía.

**4.1.18.** Nota médica del 18 de mayo de 2007, en la cual se reporta que hubo comunicación con el área de cirugía del Hospital Pediátrico de Iztapalapa quienes aceptan llevar a cabo la cirugía a la semana siguiente, quedando pendiente la programación de día y hora. En la nota del 20 de mayo de 2007, se menciona que la cita se programó para el viernes 25 de ese mismo mes y año.

**4.1.19.** Copia simple de pedimento por escrito promovido y suscrito por la peticionaria, solicitando atención médica especializada para su hija, el cual fue dirigido al Dr. Osvaldo González La Riviere el 20 de mayo de 2007. Este documento fue entregado a este Organismo el 19 de junio de 2007, donde narra los siguientes hechos:

No puede ser que por falta de ambulancia no se le practicara el estudio de broncoscopia en el INER, el cual tardé tres días para que se le diera, se tiene que operar de gastrostomía y traqueostomía como lo hemos hablado los médicos y yo, pero por muchas circunstancias no se la pueden hacer, compré el material para su operación desde semana santa y es tiempo que estas operaciones no se practican, las circunstancias son muchas:

- i) El cirujano pediatra que la valoró no se ha podido encontrar.
- ii) [...].
- iii) Se atraviesa semana santa y no hay servicio en los hospitales.
- iv) [...]
- v) El día 8 de mayo no se realiza el estudio por falta de ambulancia y se le pide a trabajo social que re programe la cita.
- vi) La encargada de trabajo social no tiene respuesta de la nueva cita en los días 8, 9 y 10 de mayo para la salida de la pequeñita.
- vii) La Lic. Juana Díaz me informa el 11 de mayo que la cita se tiene programada para el 18 de mayo.
- viii) Desde el 17 de mayo la niña se empieza a agravar y se suspende nuevo la cita. Acudo a trabajo social para que me den informes de la hora de salida y me mencionan que sólo se tiene un ecocardiograma a las 10:00 a.m. Les hago la observación de que no era ese el estudio sino la broncoscopia de la cual no tenían informes pero que llegara a las 06:00 a.m. Cuando llegó la encargada en turno de trabajo social, me informa que la salida es a la 10:00 a.m. al ecocardiograma, le aclaro que no era ese estudio sino la broncoscopia y que la lic. Juana Díaz la reprogramó en el INER a las 08:00 a.m.
- ix) [...].
- x) Desde hace 5 meses y medio he preguntado que pasará con Montserrat ya que ella está creciendo y donde se le seguirá atendiendo. Sé que en UCIN es servicio neonatal y ella necesita un área donde exista neurología pediátrica, me he dado a la tarea de visitar hospitales como el IMAN pero es imposible que yo pueda ingresarla. Solo podría hacerse si el Director de este Hospital le pide al Director del IMAN que la reciba.

Con lo que respecta a la cirugía, me dijeron que lo viera con su médico. Provocando así que yo consultara a otro especialista del IMAN, él me dijo que lo más urgente era hacer las cirugías de traqueostomía y gastrostomía ya que si no, la niña se desnutriría más y podría morir de hambre.

Es importante mencionar que esta promoción tiene un sello que obra como acuse de recibo, de fecha 21 de mayo de 2007 en la Subdirección Médica del Hospital de Especialidades Médicas Belisario Domínguez y un nombre anotado en medio de la impresión del sello que dice "Cris".

**4.1.20.** Nota médica del 24 de mayo de 2007, en la que se menciona que hubo comunicación por medio de trabajo social con el área de cirugía del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, con el objeto de aplazar la cirugía para el día 29 de mayo de 2007. No se menciona la causa del aplazamiento.

**4.1.21.** Nota médica del 29 de mayo de 2007, en la cual se vuelve a programar una serie de operaciones quirúrgicas para el día 31 de ese mismo mes y año, en el Hospital Pediátrico de Moctezuma.

**4.1.22.** Consentimiento informado del paciente para llevar a cabo el procedimiento y tratamiento, elaborado el día 30 de mayo de 2007 en el Hospital Moctezuma respecto de la menor de edad. El documento fue firmado por la agraviada.

**4.1.23.** Nota médica quirúrgica del 31 de mayo de 2007, elaborada en el Hospital Pediátrico de Moctezuma en la cual se hace referencia que se llevaron a cabo las cirugías de funduplicatura,<sup>16</sup> gastrostomía y traqueostomía, sin que existieran complicaciones para la menor de edad.

**4.1.24.** Acta circunstanciada elaborada por personal de la Dirección General de Quejas y Orientación el 15 de junio de 2007, en la cual se asentó la siguiente inconformidad de la agraviada, al referir el caso de negligencia médica sufrida en su propio agravio y el de su hija recién nacida:

De dicha situación, nunca notificaron a mis familiares, incluso después de que me intervinieron recabaron las firmas que autorizaban la operación, manteniéndose en todo ese tiempo herméticos, negando cualquier información a mis familiares.

**4.1.25.** Solicitud de medidas precautorias por parte de la CDHDF, mediante oficio número Q/4676-07 de fecha 15 de junio de 2007, al Dr. Arturo Gaytán Becerril, entonces Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, pidiendo lo siguiente:

A) Se proporcionara atención médica y de medicamentos adecuados, oportunos y eficaces que requiera la menor de edad.

B) Se proporcionaran otras alternativas médicas que favorecieran la atención y calidad de vida de la recién nacida.

**4.1.26.** Comparecencia de la peticionaria ante este Organismo el 18 de junio de 2007, para manifestar su queja en relación con la atención médica proporcionada a su hija recién nacida, en los siguientes términos:

[...]

---

<sup>16</sup> La funduplicatura es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es erradicar la aparición de reflujo gástrico innecesario.

Por recomendación de un médico particular, la peticionaria solicitó que se le practicara a la niña una traqueostomía a fin de que le fuera retirado el tubo que tenía en la boca y una gastrostomía para que tuviera otro medio para alimentarse. Su petición originalmente no fue atendida, pero gracias a su insistencia se llevó a cabo la intervención en el mes de mayo de 2007, de la cual su hija salió adelante.

Durante siete meses de vida que tuvo la menor de edad, estuvo internada en el Hospital Belisario Domínguez, donde la peticionaria padeció conflictos debido a que en ocasiones no se atendía a su hija, con el argumento de que existían otras prioridades.

**4.1.27.** Oficio D/0271/07 de fecha 28 de junio de 2007, firmado por el Dr. Osvaldo González La Riviere, Director del Hospital Belisario Domínguez, rinde informe sobre los hechos denunciados, responde a la solicitud de medidas precautorias y a las dos preguntas planteadas por esta Comisión:

A) En cuanto a la atención médica proporcionada:

La paciente [menor de edad agraviada] se encuentra en la unidad de cuidados intensivos Neonatales en donde se le proporciona monitorización continua las 24 horas del día los 365 días del año, con atención de médicos especialistas en pediatría y neonatología en conjunto con personal de enfermería capacitado para la atención de los pacientes en estado crítico, por tal motivo se da atención de manera oportuna y eficaz a [la menor de edad agraviada], tanto que como obra en el expediente clínico se sigue monitorizando a través de las notas clínicas por turno, indicaciones diariamente actualizadas, registros de enfermería e inhaloterapia, asimismo se realizan estudios de laboratorio y gabinete, valoraciones e interconsultas internas y externas, de acuerdo a lo que requiere la paciente. El hospital por medio de la Terapia Intensiva Neonatal ha tenido cuidado y dado seguimiento con material humano e insumos indispensables para la atención de [la menor de edad agraviada] continuándose dicha labor diariamente. El personal médico y de enfermería a través de los códigos de ética y reglamentos internos del servicio y del hospital, tienen el conocimiento y continúan proporcionando atención de calidad, oportuna y eficaz para la paciente de acuerdo a la constante evaluación del servicio”.

B) En cuanto a la consideración de terapias alternativas para mejorar la salud y calidad de vida de la menor de edad agraviada:

A la fecha se siguen realizando acciones para que el nivel de vida de [recién nacida agraviada] sea siempre el adecuado, con la evaluación continua del caso y la calidad de atención en el servicio, gestionando también la posibilidad de traslado al Instituto Nacional de Pediatría o algún otro hospital pediátrico de la red de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, para darle continuidad como paciente pediátrico, ya que desafortunadamente en nuestra unidad no podemos darle otro seguimiento por no poder contar por estructura con un servicio de pediatría. También se hace mención que dicho traslado no depende de ese hospital sino de una serie de autorizaciones y trámites de referencia por parte del instituto u hospital destinatarios.

Actualmente se continúa con debida atención médica hospitalaria quedando programadas las siguientes acciones médicas:

- La valoración neurológica de [la menor de edad agraviada] es continua a base de exploración, electroencefalogramas de control por lo menos de cada mes a 2 meses, valoración neurológica por interconsulta al hospital Legaria cada 3 meses, ejercicios de estimulación temprana con adiestramiento del familiar.
- Se solicita valoración por medicina física y rehabilitación con valoración de potenciales auditivos, valoración por ortopedia pediátrica, se solicitó la valoración de oftalmología con realización de potencias audiovisuales. Todo con el objeto de obtener una mejor calidad de vida.
- Se solicitó la valoración nuevamente por el servicio de gastronomía en el Instituto Nacional de Pediatría para darle seguimiento y adecuación continua al estado nutricional a [la menor de edad agraviada].

Asimismo le informo que todas las valoraciones se realizan extrahospitalarias, ya que no contamos con estos servicios en el hospital, por lo cual se realiza la referencia con fecha de interconsulta a través de trabajo social, dependiendo de las fechas y programación de otras unidades hospitalarias. Se traslada siempre a la paciente en una ambulancia de cuidados intensivos acompañada de personal médico especialista en neonatología y pediatría, así como del personal de enfermería, y en todo momento se cumple con la normatividad establecida.

#### **4.1.28.** Estas conclusiones están sustentadas en la siguiente bibliografía:

- 1.- Gibas R. Rotura prematura de membranas. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Danforth 9ª ed.,2005:201:12.
- 2.- Pasquier J, Audra P, Boog G. Rotura prematura de membranas antes de las 34 semanas de amenorrea. Encycl Méd Chir 2002;5072-B-10:1-14.
- 3.- Horovitz J, Guyon F, Roux D. Parto premature. Encycl Méd Chir 1996;5076-A-10:1-14.
- 4.- Low J. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the preterm fetus. Am J. Obstet Gynecol 1995;172(3):805-10.
- 5.- Fournié A, Conan L, Parant O. Sufrimiento fetal agudo. Encycl Méd Chir 1999;5077-A-30:1-12.
- 6.- Periman J. Intrapartum Asphyxia and cerebral Palsy: Is there a Link? Clin Perinatol 2006;33(2):335-53.

**4.1.29.** Notas médicas del Hospital Belisario Domínguez, enviadas mediante oficio D/0326/07 de fecha 7 de agosto de 2007 signado por el Dr. Arturo Gaytán Becerril, entonces Director General de Servicios Médicos y de Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, respecto de atención proporcionada la agraviada, en las cuales se observa que los médicos informan a la madre de la menor de edad

las terapias que le van realizar, pero no aparece ninguna Carta de Consentimiento Informado, firmado.

**4.1.30.** Notas médicas del Hospital Belisario Domínguez, enviadas mediante oficio D/0326/07 de fecha 7 de agosto de 2007 signado por el Dr. Arturo Gaytán Becerril, entonces Director General de Servicios Médicos y de Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, respecto de la atención proporcionada a la recién nacida hija de la agraviada. En el expediente médico obran copias de cada una de las notas médicas que reportan turno por turno la situación de la recién nacida desde el día de ingreso 25 de noviembre de 2006 y hasta el día de su muerte, el 28 de junio de 2007 a las 02:10 horas. En estas notas hay cuatro aspectos a destacar:

**a)** Nota de ingreso al servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, de fecha 25 de noviembre de 2006, a las 19:10 horas. En esta nota se observa la disposición de la Dra. Kitaoka en torno a:

[...]. Se dan informes del estado de salud muy grave de la recién nacida a su abuela materna ya que no se cuenta con el padre.

**b)** Nota de ingreso al servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, de fecha 25 de noviembre de 2006, a las 19:10 horas. En esta nota se observa la disposición de la Dra. Del Moral González reporta que:

[...] se reporta al familiar como muy grave con riesgo de muerte.

**c)** Nota aclaratoria de fecha 27 de noviembre de 2006, a las 13:15 horas:

Yo, (nombre de la agraviada), de 34 años de edad, madre del RN (recién nacido), declaro haber sido informada minuciosamente sobre la gravedad del cuadro de mi hija, que ya presentaba incluso antes del nacimiento. Soy conciente además del pronóstico que presenta, por lo que firmo al pie de la nota. FIRMA. Madre: (nombre de la agraviada).

**d)** A partir de la nota matutina del 20 de junio de 2007, a las 10:20 horas se empieza a registrar la notificación a la peticionaria agraviada madre de la paciente, pues se observa en las notas médicas la frase:

Enterada del informe..., escribiendo su nombre, firma y fecha.

**4.1.31.** Copia simple del acta de defunción de la menor agraviada, realizada el 25 de noviembre de 2007, en la que se anotan las causas de su fallecimiento y el tiempo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte:

- A) Encefalopatía hepática (7 días).
- B) Insuficiencia hepática (1 mes).

Asimismo, se anotan otros datos patológicos significativos que contribuyeron a su muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo:

- A) Sepsis sin germen aislado (48 horas).
- B) Desnutrición crónica severa (7 meses).

**4.1.32.** Opinión del médico visitador de la CDHDF del 11 de diciembre de 2007, donde se hace referencia a dos hechos relacionados con el retardo que sufrió la agraviada, para que se atendiera el nacimiento de su hija:

A) La agraviada durante su estancia hospitalaria previa al alumbramiento no presentó datos clínicos ni paraclínicos sugerentes de algún proceso infeccioso, y no fue sino hasta el tercer día de estancia hospitalaria que aparecieron datos sugerentes de sufrimiento fetal.

B) Debido al cuadro de sufrimiento fetal que presentó el producto de la agraviada, se le practicó una intervención cesárea de urgencia.

C) Cabe destacar que debido a la demora con que la cesárea se realizó, la recién nacida presentó daño cerebral, por lo que se resalta lo siguiente:

i) Se aprecia en el expediente que ésta demora se debe a la previa demanda de atención gineco-obstétrica, como al hecho de que “únicamente se contaba con un gineco-obstetra”.

ii) Aún cuando se desconoce el motivo de esta falta de personal, dada la importancia del Hospital “Belisario Domínguez” se considera que no es adecuado que no se cuente con una plantilla de personal que pueda cubrir la demanda de atención médica.

**4.1.33.** Opinión técnica de médico especialista en gineco-obstetricia, presentada el día 21 de mayo de 2008, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Primera.- La atención brindada a la C.[...] por parte de los médicos del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Belisario Domínguez” en su estancia en gineco-obstetricia los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2006 fue la adecuada y con apego a las normas y procedimientos establecidos de la práctica gineco-obstétrica, con base en:

- a) Indicaron esquema de maduración pulmonar del producto;
- b) Indicaron antibióticos para infección de vías urinarias;
- c) Realizaron perfil biofísico y prueba sin estrés para valorar las condiciones en que se encontraba el producto;
- d) No había una indicación precisa para que en esos momentos se interrumpiera el embarazo.

Segunda.- La atención brindada a la C. [...], por parte de los médicos del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Belisario Domínguez” el 25 de noviembre de 2006, fue deficiente y sin apego a las normas y procedimientos establecidos de la práctica médica, con base en:

1) A las 11:45 horas se detectó contractibilidad uterina y prueba sin stress no reactiva, lo que indicaba la presencia de trabajo de parto y datos de sufrimiento fetal agudo. Se indicó uteroinhibición del trabajo de parto con indometacina y vigilancia estrecha. Cabe mencionar, que el médico tratante incurrió en mala práctica al administrar indometacina para inhibir las contracciones. En esos momentos se debió interrumpir el embarazo mediante cesárea en base a la presencia de actividad uterina y a datos de hipoxia fetal.

2) [...];

3) Las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal se reportaron desde la mañana y se agravaron por la tarde. En el cambio de turno había dos ginecólogos, los cuales debieron apoyarse para la interrupción del embarazo en forma oportuna. Por tal motivo, los médicos que atendieron a la agraviada el 25 de noviembre de 2006 incurrieron en graves errores al no interrumpir el embarazo en tiempo adecuado, lo cual condicionó que la hipoxia fetal se agravara condicionando una encefalopatía anoxo-isquémica y posteriormente parálisis cerebral infantil.

## **4.2 Caso 2. Mujer de 27 años y el producto de su embarazo, quienes fallecen al no ser debidamente atendidos por un problema de eclampsia<sup>17</sup>, en el Hospital General “Dr. Rubén Leñero”.**

**4.2.1.** Nota médica realizada en el Hospital General Rubén Leñero el 14 de agosto de 2007, en la cual señala que al llevar el control del embarazo de la persona agraviada a las 22 semanas de gestación, esta persona refería no presentar anomalías, presenta presión arterial de 110/70 mm Hg.

**4.2.2.** Nota médica realizada en el Hospital General Rubén Leñero el 9 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la persona agraviada acudió a ese nosocomio refiriendo cefalea y la tensión arterial se cuantificó en 140/80 mm Hg.<sup>18</sup>

**4.2.3.** Nota médica realizada en el Hospital General Rubén Leñero el 28 de octubre de 2007, en la cual se reporta que se presentó la paciente al servicio de urgencias de ese nosocomio, a las 23:55 horas cursando embarazo de 34.2 semanas de gestación, con dolor abdominal intenso, vómito de contenido gástrico, estableciendo diagnóstico de gastritis,<sup>19</sup> por lo que se le dio tratamiento con 300 mg de ranitidina por vía intravenosa,<sup>19</sup> presentó crisis convulsiva tónico-

---

<sup>17</sup> Eclampsia: enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, eliminación de proteínas en orina, acumulación de líquido en los tejidos de las extremidades, crisis convulsivas y alteraciones hepáticas. La eclampsia no controlada es una causa importante de muerte materna.

<sup>18</sup> Se considera que la presión arterial por encima de los 130/90 mm Hg es indicativo de hipertensión o presión arterial alta. Estos factores, son indicadores de que la mujer embarazada es candidata a presentar problemas de preeclampsia y posterior eclampsia, como finalmente ocurrió.

<sup>19</sup> Cuando se suministran medicamentos por vía intravenosa, la solución medicamentosa se diluye en forma líquida para que ingrese al organismo a través del torrente sanguíneo, a través de una aguja que es canalizada a las venas.

clónica, por lo que se le administró 10 mg de diazepam<sup>20</sup> por vía intravenosa, con lo cual se controló la crisis. El dolor en epigastrio<sup>21</sup> con irradiación a hipocondrio<sup>22</sup> derecho continúa siendo intenso. Se reportaron signos vitales: tensión arterial 90/70 mm Hg, frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto, respiración 22 por minuto; abdomen globoso, sin encontrar frecuencia cardíaca fetal. Se solicita valoración de gineco-obstetricia para descartar o establecer los diagnósticos de eclampsia,<sup>23</sup> síndrome del Hellp,<sup>24</sup> óbito fetal<sup>25</sup> y enfermedad ácido péptica.<sup>26</sup>

**4.2.4.** Nota médica de valoración ginecológica elaborada por el Hospital General Rubén Leñero, realizada a las 01:00 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que no se detecta frecuencia cardíaca fetal aunado a que el canal vaginal no presenta ninguna evidencia de apertura para la expulsión del producto, tensión arterial de 90/60 mm Hg. Al concluir la exploración física la paciente presenta nuevamente crisis convulsiva, la cual cede al aplicarle 10 mg de diazepam. Se corroboran los diagnósticos de que la paciente presenta un embarazo de 34.2 semanas de gestación, óbito fetal y eclampsia. Proceden a realizar exámenes de laboratorio de perfil toxémico<sup>27</sup> e interconsulta para valoración por el Servicio de Cirugía General.

**4.2.5.** Resultados sobre estudios de laboratorio fechados el 29 de octubre de 2007 a las 02:14 horas en el Hospital General Rubén Leñero, los cuales carecen de nombre e indican que a la persona a quien se le realizaron, no presentaba síntomas de preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp.<sup>28</sup>

**4.2.6.** Nota de evolución realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 3:12 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la agraviada refiere

---

<sup>20</sup> El diazepam es usado para tratar estados de ansiedad y tensión, así como para el tratamiento de convulsiones que ocurren a través de espasmos musculares.

<sup>21</sup> Epigastrio es la región del abdomen que se extiende desde el diafragma hasta la séptima y octava costilla contadas desde arriba hacia abajo.

<sup>22</sup> Hipocondrio es la región abdominal superior y lateral, ubicada específicamente a los lados de la región epigástrica.

<sup>23</sup> La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma.

<sup>24</sup> El síndrome HELLP es una complicación seria de la hipertensión inducida por el embarazo (problemas de alta presión del embarazo). Se presenta aproximadamente en el 12 por ciento de las mujeres con hipertensión del embarazo. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo. El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas: Desintegración de los glóbulos rojos; daños a las células del hígado y plaquetas de la sangre bajas, las cuales son necesarias para el control de la coagulación y así evitar hemorragias.

<sup>25</sup> Se refiere a que el feto o producto se encuentra muerto.

<sup>26</sup> Se entiende por enfermedad ácido péptica, aquella en la que se ha producido una úlcera en la mucosa digestiva.

<sup>27</sup> El perfil toxémico es una seriación de estudios de laboratorio encaminados a confirmar si una mujer embarazada padece de preeclampsia y eclampsia.

<sup>28</sup> Como se analizará más adelante, los resultados de esas muestras de laboratorio, fueron contradictorias y confundieron al personal médico. Es de suponerse que al no presentar nombre, hubo una confusión y se analizó un dictamen equivocado, lo que a la larga contribuyó al tratamiento negligente y posterior fallecimiento de la persona agraviada.

dolor tipo cólico en epigastrio con irradiación a abdomen bajo, niega actividad uterina al igual que niega movimientos fetales. Se sugiere realizar por la mañana ultrasonido obstétrico y se continúa en espera de estudios paraclínicos ya que las primeras muestras se hemolizaron.<sup>29</sup>

**4.2.7.** Nota de evolución realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 3:12 horas del 29 de octubre de 2007, la cual reporta:

Se continúa en espera de nuevos estudios paraclínicos ya que nos reportaron que las muestras se hemolizaron, asimismo se nos informa que no hay reactivos para el perfil toxémico completo. Se solicitará valoración por Cirugía General.

**4.2.8.** Nota de evolución realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 4:25 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la paciente se encuentra estable, cooperadora al interrogatorio y orientada, pero refiere dolor tipo cólico en epigastrio, niega movimientos fetales. Se continúa en espera de nuevos estudios paraclínicos ya que la muestra se hemolizó.

**4.2.9.** Nota por valoración por cirugía general realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 5:25 horas del 29 de octubre de 2007, donde se reportan los resultados de laboratorio los cuales señalan que la agraviada no requiere tratamiento quirúrgico de urgencia ya que se trata de probable eclampsia, a descartar síndrome de Hellp por lo que se solicita valoración por el servicio de medicina crítica.

**4.2.10.** Nota agregada de cirugía general realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 06:00 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la agraviada cuenta con datos de palidez generalizada de tegumentos, con mal estado de hidratación, cardiovascular con ruidos con tendencia a la taquicardia,<sup>30</sup> abdomen hinchado, peristalsis ausente (ausencia de movimientos intestinales), datos de irritación peritoneal no valorable.<sup>31</sup> Se piensa en úlcera perforada vs. Síndrome de Hellp.

**4.2.11.** Nota de gravedad realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 6:50 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la persona

---

<sup>29</sup> Cuando la sangre se ha hemolizado, significa que las células sanguíneas (glóbulos rojos o eritrocitos) han sido destruidos (específicamente su pared o membrana celular), eso se debe a un error en la toma de muestra (por ejemplo, al vaciar la sangre en el tubo, tiene que hacerse sin la aguja y por las paredes del tubo, ya que de otra manera, cae en el recipiente de manera "turbulenta" y los eritrocitos se rompen). En otras ocasiones, el manejo de tiempo no es el adecuado.

<sup>30</sup> La taquicardia es el incremento del ritmo cardíaco, Se considera taquicardia a una frecuencia cardíaca superior a los 100 latidos por minuto.

<sup>31</sup> La irritación peritoneal es la inflamación del intestino por el contacto con una víscera inflamada o por encontrarse bañado por sustancias irritantes como el líquido intestinal o la bilis procedentes de una perforación de víscera hueca.

agraviada presenta datos de bradicardia,<sup>32</sup> se encuentra con datos de asistolia,<sup>33</sup> se realizan maniobras de reanimación y se procede a intubar a la paciente dándole apoyo ventilatorio<sup>34</sup> y se saca a la agraviada del paro cardiorrespiratorio. Se anota que esta persona se encuentra en malas condiciones generales, con pronóstico malo para la vida y posibilidades de vida a corto plazo.

**4.2.12.** Nota de gravedad realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 7:30 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que presenta sintomatología típica de eclampsia con probable síndrome de Hellp, se confirma que el feto falleció. En esos momentos la agraviada presentó deterioro neurológico respiratorio así como bradicardia y paro cardiorrespiratorio por lo que se procede a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar. Pronóstico reservado a evolución. La persona agraviada se encuentra muy grave.

**4.2.13.** Nota de gravedad realizada en el Hospital General Rubén Leñero a las 8:15 horas del 29 de octubre de 2007, en la cual se reporta que la persona agraviada presenta mayor deterioro, presenta paro cardiorrespiratorio dándole reanimación cardiopulmonar avanzada, durante 15 minutos pero no responde a maniobras realizadas. Se registra el fallecimiento a las 8:30 horas y se avisa a los familiares.

**4.2.14.** Notas informativas realizadas por el personal médico y de enfermería del Hospital General Rubén Leñero involucrado en la atención de la persona agraviada, las cuales fueron realizadas el día 29 de octubre de 2007:

a) Dr. Pedro Pérez Heredia, médico gineco-obstetra: Siendo la 1:00 de la mañana del 29 de octubre de 2007 se me solicita a Urgencias del Hospital General Rubén Leñero para valorar a la señora [...] con embarazo de 34 semanas quien ingresó al servicio el día 28 de octubre de 2007, a las 23:05 horas. Acudo a valoración enterándome de que presentó una convulsión tónico clónica, encontré a la paciente no cooperadora al interrogatorio por lo que procedo a llamar a los familiares y realizar interrogatorio indirecto.

Esta persona acudió por presentar dolor abdominal en boca de estómago con irradiación a tercio costal derecho así como vómitos de contenido alimenticio, con edema (hinchazón) hasta tercio medio de piernas, presentando nuevamente convulsión, El cuadro es compatible con preeclampsia a eclampsia a descartar Síndrome de Hellp, por lo que se solicitaron estudios paraclínicos y perfil totémico de urgencia. A las 1:45 horas se me informa por parte de laboratorio que las muestras se hemolizaron por lo que solicita nueva muestra. A las 3:12 horas se me informa que los estudios nuevamente se hemolizaron. A las 4:25 horas se me informa que las muestras nuevamente se hemolizaron.

---

<sup>32</sup> Es la disminución del ritmo cardiaco. Se considera bradicardia a una frecuencia cardiaca inferior a las 60 pulsaciones por minuto.

<sup>33</sup> Es la ausencia de impulsos eléctricos en el corazón lo cual genera que el mismo deje de cumplir sus funciones vitales.

<sup>34</sup> Significa que a la persona agraviada se le brindó apoyo para respirar, puesto que ya no podía hacerlo por sí misma

Encuentro a la paciente estable, cooperadora al interrogatorio y orientada en ese momento en las tres esferas, refiriendo continuar con epigastralgia<sup>35</sup> con irradiación a abdomen bajo negando actividad uterina.<sup>36</sup> Solicito además valoración por cirugía general la cual estaba indicada desde las 00:30 horas por el médico de Urgencias. [...], la valoración por cirugía general descartó posibilidad de resolución quirúrgica, requiriendo ellos mismos la valoración por medicina crítica. [...].

Argumentado además que el servicio de laboratorio del hospital no contaba con los reactivos completos del perfil toxémico por lo que ante esta carencia me encuentro sin bases para el establecimiento de un diagnóstico adecuado, inequívoco y contundente para manejo integral de la paciente. [...]. Nunca es conveniente la interrupción del embarazo por operación cesárea en pacientes con estado crítico y sin reportes de laboratorio y más con la carencia de pruebas de coagulación y en dichas normas se recomienda la estabilización hemodinámica<sup>37</sup> y bioquímica antes de interrumpir el embarazo.

b) Dr. Alberto Basilio Olivares, médico cirugía general: Soy notificado cinco horas después de su ingreso a la valoración, la encuentro somnolienta, por los síntomas que presenta se sugiere eclampsia y probable síndrome de Hellp, sugerimos valoración por medicina crítica.<sup>38</sup> Solicitamos a la revaloración estudios de tórax y abdomen así como ultrasonido que en ese momento no contábamos.

c) Norma Ordóñez Franco, enfermera del turno nocturno: El día 28 de octubre siendo las 23:00 horas ingresa la paciente por el filtro de Urgencias, quejumbrosa con dolor en epigastrio por lo que me es indicado administre ketorolaco,<sup>39</sup> por lo que a esa hora se le administra y se le toman signos vitales y se canaliza y se le toman muestras de laboratorio. Aproximadamente a las 24 horas a la paciente se le bajó la presión y presenta una convulsión por lo cual acude el médico ginecólogo y se pasa a la paciente al área de observación, terminando ahí mi atención a la paciente.

d) Dra. Alejandra Vilchis Martínez: al inicio del turno matutino, que trabajo en el área de observación de urgencias el 29 de octubre de 2007, recibo en la cama 7 a [...], de 28 años con el antecedente de paro cardiorrespiratorio previo y síndrome posreanimación con apoyo mecánico ventilatorio con datos de choque probablemente hipovolémico y alteraciones neurológicas importantes y datos clínicos de estado de coma. Durante el tiempo de estancia en el turno su evaluación es tórpida.<sup>40</sup> Posteriormente presentó bradicardia, por lo que nuevamente se realizan maniobras de reanimación ya sin respuesta.

<sup>35</sup> Es el dolor ubicado en el epigastrio, ubicado en la zona central alta del abdomen.

<sup>36</sup> Al nos sentir actividad uterina, se tiene la sospecha de que el producto ha fallecido.

<sup>37</sup> Esto se refiere al reestablecimiento del volumen sanguíneo, así como las funciones sanguíneas.

<sup>38</sup> Área médica que se encarga de analizar los casos más graves que se lleguen a presentar.

<sup>39</sup> Analgésico no esteroideo utilizado para bajar el dolor y la inflamación.

<sup>40</sup> Significa que la evolución del padecimiento no es positiva, e inclusive, no es lo más deseado para la usuaria o el usuario del servicio médico.

e) Dr. Jesús Muñoz Romero: mi participación en el caso es específicamente como coordinador de procesos sin ninguna participación directa en la atención médica. Fue atendida por el doctor Miguel Galván a las 23:00 horas del mismo día y dos horas después fue atendida por el gineco-obstetra Pedro Pérez y a partir de entonces estuvo a cargo de este último.

f) Dr. Miguel Galván Rodríguez: Recibo a la paciente en la sala de urgencias, la valoro y mi presunción diagnóstica es enfermedad ácido péptica, inicio tratamiento con ranitidina, ketorolaco y solución salina, solicito laboratorio clínico, posteriormente solicito la valoración por ginecología la cual no se da de manera inmediata porque el ginecólogo está en acto crítico con otra paciente.

**4.2.15.** Acta Circunstanciada de fecha 29 de octubre de 2007, elaborada por personal de la Dirección General de Quejas y Orientación de la CDHDF, en la cual se recibe la queja de quien fuera esposo de la persona agraviada, asentándose los datos que a continuación se transcriben:

El día de ayer, a las 20:30 aproximadamente llevó a su esposa de 27 años de edad, al hospital General Rubén Leñero de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ya que tenía 32 semanas de embarazo y en ese momento padecía dolores de vísperas de parto, acompañada de otras dolencias en el abdomen. Sin embargo, al llegar al servicio de emergencia, sin revisarla, ni atenderla, las enfermeras le dijeron que tal vez era una gastritis y que regresara después. Debido a que los dolores eran intensos, a la hora siguiente, nuevamente llevó a su esposa a dicho hospital. Ahí, en el área de emergencia, a su esposa la tuvieron sentada por más de dos horas, sin recibir la atención médica, ni medicamentosa. En tal situación, el peticionario exigió la atención inmediata al personal médico, por lo que le aplicaron un medicamento (no señaló si tomado o inyectado), pero minutos más tarde, su esposa se desmayó; las enfermeras al mismo tiempo que trataban de atenderla, le dijeron que su esposa era epiléptica, lo cual es completamente falso. Posteriormente un médico, a quien puede reconocer sin temor a equivocarse, le pidió que firmara un escrito donde estaba de acuerdo en salvaguardar a su familiar, ya que el producto tenía el cordón umbilical enredado y era imposible salvarlo, por lo que firmó el documento. No obstante, el día de hoy a las 08:30 horas aproximadamente, el personal administrativo le comentó que su esposa y el producto habían fallecido. Hasta el momento ningún servidor público del hospital le informa, ni le brinda explicación alguna. Situaciones que considera irregulares y violatorio a sus derechos y de quien en vida llevara el nombre de [...]. Agrega que, dado el estado emocional en que se encuentra, posteriormente aportaría mayores datos.

**4.2.16.** Resultados de la necropsia legal practicada en el Servicio Médico Forense a la agraviada y a su producto, el 29 de octubre de 2007, en que se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Falleció de anemia aguda por hemorragia interna consecutiva a ruptura no traumática de la cápsula de Glisson del lóbulo derecho del hígado<sup>41</sup> y hemorragia subaracnoidea no traumática cerebral.<sup>42</sup>

b) El producto era del sexo masculino y contaba con 34.2 semanas de gestación.

Sin huella de lesiones al exterior.

Sí era viable.

No vivió ni respiró fuera del seno materno.

Causa de la muerte: Asfixia No Natorum.

**4.2.17.** Expediente de Averiguación Previa FMH/34/T2/0092/07-10 iniciada en la Fiscalía para Servidores Públicos el 29 de octubre de 2007 por la probable comisión del delito de Responsabilidad Profesional contra el personal médico que atendió a la persona agraviada en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, la cual continúa integrándose.

**4.2.18.** Dictamen de la muerte materna elaborado en el Hospital General Dr. Rubén Leñero el 30 de octubre de 2007, como parte de las acciones del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.

a) Muerte obstétrica por toxemia.<sup>43</sup>

b) Se refiere que transcurrió un tiempo mínimo razonable entre el ingreso del paciente y el diagnóstico, pero la confirmación diagnóstica fue inadecuada.

c) El tratamiento instalado acorde al diagnóstico final fue incorrecto, así como también el tratamiento instalado en tiempo necesario para el diagnóstico final.

d) En cuanto al desempeño de enfermería, el dictamen en comentario señaló que el registro de datos, la identificación y notificación de complicaciones por enfermería, la vigilancia y seguimiento médico así como la solicitud médica de interconsulta fueron completas y oportunas, no así en lo que corresponde a la atención de las complicaciones por el médico, la cual fue calificada de inoportuna.

e) En lo que corresponde a la oportunidad de demanda por la usuaria, se desconoce si se le proporcionó atención prenatal, así como el número de consultas.

f) En lo que corresponde al tiempo de atención en la unidad médica, se determinó que entre la solicitud del servicio y la atención del evento, así como el tiempo transcurrido entre la solicitud de atención médica y el establecimiento del diagnóstico final, fue oportuno.

g) En cuanto al factor de previsibilidad, se determinó que la muerte era previsible por diagnóstico, pero no evitable por el Hospital.

---

<sup>41</sup> La ruptura hepática de la cápsula de Glisson es una complicación rara pero de gran magnitud cuando se presenta. Se asocia, en la mayoría de los casos, a la enfermedad hipertensiva del embarazo, generando una alta probabilidad de fallecimiento para la madre como para su producto.

<sup>42</sup> La hemorragia subaracnoidea no traumática cerebral, se refiere al sangrado en el área comprendida entre el cerebro y los tejidos delgados que lo cubren. Al referir que no fue traumática, significa que no hubo un golpe en la cabeza que provocara dicha hemorragia, ello significa que el factor causante de esa anomalía, fue la hipertensión arterial que sufrió la persona agraviada.

<sup>43</sup> A la preeclampsia se le conoce también como toxemia.

Asimismo, se menciona que se hicieron recomendaciones por parte del Comité de Mortalidad hacia los médicos de las áreas de ginecología y urgencias del Hospital General Rubén Leñero, las cuales no fueron anexadas en las copias remitidas a este Organismo.

**4.2.19.** Notas médicas del expediente de atención médica proporcionada en el Hospital General Rubén Leñero a la persona agraviada, enviado a este Organismo el 11 de diciembre de 2007, por el Dr. Arturo Gaytán Becerril, entonces Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En ninguna de las fojas que integran dicho expediente, se observa anotación alguna en la cual se notifique al esposo o a los familiares de la agraviada, ni tampoco se observa la hoja de consentimiento informado en la cual los parientes de la usuaria de los servicios de salud, hayan otorgado su aprobación para las terapias que se aplicaron en la víctima.

**4.2.20.** Dictamen Médico y respuestas al cuestionario de fecha 15 de agosto de 2008, elaborado por el Dr. Miguel Ángel Villanueva González y Carlos Neri Méndez, Especialistas en Ginecología y Obstetricia certificados por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, actualmente médico adscrito al Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, quienes responden a unos cuestionamientos planteados por requerimiento del Lic. Héctor Gallardo Bruno. C Agente del Ministerio Publico de la Unidad Investigadora A-1 Fiscalía para Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, derivado de la Averiguación Previa FMH7MH/34/T2/92/07-10 en la que se investiga la probable responsabilidad penal médica profesional proporcionada a la agraviada, en el Hospital General Rubén Leñero de la Ciudad de México, D. F.

a) Las conclusiones del Dictamen Médico expresan que:

- La agraviada no tuvo un control prenatal adecuado, ya que de haber existido, hubiera sido posible detectar las complicaciones del embarazo.
- La paciente ingresó al Hospital General "Dr. Rubén Leñero" el día 28 de Octubre de 2007, cursando embarazo de 34 semanas de gestación con dolor abdominal agudo y estuvo esperando durante 40 minutos en la sala de espera.
- A las 23:05 horas del 28 de Octubre del 2007, pasó a consulta estableciéndose el diagnóstico de enfermedad ácido péptica e iniciando tratamiento con ranitidina, ketorolaco, solución glucosada endovenosa (venoclis). No existe reporte de los signos vitales en la nota médica.
- A las 0:30 horas del 29 de Octubre de 2007 (1 hora, 35 minutos más tarde) pasó al Servicio de Urgencias.
- En el Servicio de Urgencias presentó crisis convulsivas tratadas con diazepam (10 mg.) y se solicitó interconsulta al Servicio de Gineco-obstetricia, para corroborar o descartar diagnósticos de eclampsia. No se encontró frecuencia cardíaca fetal.

- Se solicitaron exámenes de laboratorio los cuales no se procesan debido a que se hemolizaron en dos ocasiones por lo que fue necesario repetirlos.
- Se diagnosticó óbito fetal.
- Por segunda ocasión el Servicio de Gineco-obstetricia revaloró a la paciente, la cual presenta nuevamente crisis convulsiva, tratada con diazepam 10 mg, intravenosa.
- La paciente evolucionó hacia la gravedad extrema, dando datos de choque hipovolémico y finalmente falleció.
- Estudio de necropsia reportó como causas de muerte:
  - *Anemia aguda por hemorragia interna consecutiva a ruptura hepática no traumática de la cápsula de Glisson.*

b) Las respuestas al cuestionario fueron las que a continuación se transcriben:

**1. Si desde que se presentó la hoy occisa al Hospital "Rubén Leñero", área de Urgencias, procedía su admisión o bien fue correcto enviarla a la sala de espera para su posterior atención hospitalaria.**

*R = Desde el primer momento en que llegó la agraviada al Hospital "Rubén Leñero", debió de admitirse en forma inmediata.*

**2. Si el medicamento consistente en ranitidina 300 mg. y diazepam así como el diagnóstico de probable gastritis era el correcto derivado de las manifestaciones que presentaba, (náusea, vómito, etc.) y si la aplicación de estos medicamentos, sin estudios previos determinó o agravó la presencia de convulsiones.**

*R = Las convulsiones seguramente se debieron a que la paciente cursaba con pre-eclampsia severa que evolucionó a eclampsia; los medicamentos son adecuados para gastritis y no causaron las convulsiones, pero el problema que causó el dolor, no fue gastritis sino un hematoma subcapsular hepático, el cual no se diagnosticó.*

**3. Explique si la valoración y estudios practicados, así como el tratamiento y manejo de la hoy occisa agraviada durante su permanencia al interior de Urgencias fue el correcto o existió impericia, descuido, negligencia o falta de cuidado**

*R = Consideramos que existió impericia, ya que no se hizo el diagnóstico de hematoma subcapsular hepático y se debió haber pensado en este diagnóstico, por tratarse de paciente embarazada con dolor en epigástrico e hipocondrios (dolor en barra), además de crisis convulsivas por eclampsia.*

**4. En relación a la pregunta anterior precisar a quien le es atribuible de conformidad con las notas médicas del expediente clínico, alguna omisión que hubiese incidido en el fallecimiento de la hoy occisa .**

*R = Se atribuye a los médicos que la recibieron, el de Urgencias, los médicos de Gineco-obstetricia, cirugía general, al no pensar en el diagnóstico que causó la muerte de la paciente.*

**5. Determine si la conducta del personal tanto de admisión como de urgencias fue el correcto conforme a la lex artis de la materia o bien existió impericia, descuido o negligencia, detallando cuál es la conducta que se**

**debía observar y si ésta (s) omisión (es), fue determinante en el fallecimiento de la agraviada.**

*R = Consideramos que existió descuido y negligencia del personal de admisión y urgencias, ya que la paciente se debió internar inmediatamente y se debió pensar en hematoma subcapsular hepático (cápsula de Glisson) y el tratamiento era quirúrgico para cohibir la hemorragia hepática y la extracción del producto de la concepción y simplemente NO se hizo.*

**6. Establezca si el producto de la concepción a su llegada al Hospital presentaba frecuencia cardíaca o no y si este producto en algún momento desde la llegada al hospital y su ingreso a urgencias pudo ser extraído vivo del seno materno.**

*R = En la primera consulta de las 22:51 horas del 28 de Octubre del 2007 no se consignó la frecuencia cardíaca fetal. En urgencias a las 23:50 horas del mismo día ya no se encontró frecuencia cardíaca fetal por lo que se estableció el diagnóstico de óbito fetal. No podemos saber si al llegar al Hospital todavía estaba vivo el producto*

**7. [...]**

**8. Señalar las causas y origen por las que la occisa agraviada presentó la ruptura no traumática de la cápsula de Glisson; hemorragia subdural y hemorragia intersticial del riñón, si éstas son consecuencia de una acción u omisión atribuible al personal del Hospital Rubén Leñero, además de señalar si la anemia aguda y las hemorragias, pudieron ser tratadas de manera diversa a través de un procedimiento quirúrgico que pudiera dar alguna expectativa mayor de vida para la occisa y su producto.**

*R = La ruptura de la cápsula hepática o de Glisson, no traumática es una complicación que se presenta en casos de pre-eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp, debido a la hipertensión arterial severa que presentan estas pacientes; la hemorragia subdural, la renal pueden deberse al choque hipovolémico que presentó la paciente.*

*Si se hubiera establecido el diagnóstico de ruptura de la cápsula hepática, el tratamiento debió de ser quirúrgico, ligando vasos hepáticos, así como transfundir sangre (concentrado globular plaquetario), aunque generalmente la evolución es de gravedad extrema, las posibilidades de vida de la paciente podrían haber aumentado si se hubiera realizado el manejo ya descrito.*

**9. Determinar si la conducta que desarrolló cada uno de los inculpados y del personal del Hospital Rubén Leñero, se ajustó a la Norma Oficial Mexicana o existieron violaciones a la Ley General de Salud, detallando en qué consistieron las mismas y si éstas inciden de manera directa en el deceso de la agraviada y de su producto.**

*R = No se apegaron a la Norma Oficial ni a la Ley General de Salud en cuanto al diagnóstico y tratamiento tanto del control prenatal ni de la pre-eclampsia severa que presentó la paciente al ingreso al Hospital General "Dr. Rubén Leñero" el día 28 de Octubre del 2007.*

**10. Incluir en sus conclusiones cualquier otra observación que usted considere conveniente para el estricto esclarecimiento de los hechos denunciados.**

*R = Determinar la culpabilidad es facultad del Juez que lleva el caso, como médicos nos limitamos a indicar las mejores posibilidades que se debieron llevar a cabo en cuanto al diagnóstico y al tratamiento más adecuado para tratar de salvaguardar la vida de la paciente y el producto de la concepción.*

**4.2.21.** Acta de inicio y radicación de fecha 19 de agosto de 2008 del acta administrativa número CI/SSA/D/0074/2008 ante la Contraloría Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la cual se indaga la probable responsabilidad administrativa en la que incurrieron las y los médicos que atendieron a la persona agraviada. Actualmente continúa integrándose la investigación sobre estos hechos.

**4.2.22.** Dictamen Médico elaborado por la médica visitadora de la CDHDF el 21 de agosto de 2008:

- Del análisis de las notas médicas se encuentra que:
  - La atención médica proporcionada por el Dr. Enríquez no fue adecuado a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio en su numeral 5.1.6 menciona que durante el control prenatal se debe realizar a la embarazada una historia clínica completa, determinación de biometría hemática completa, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo, examen general de orina, detección del virus de inmunodeficiencia humana, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, orientación nutricional, valoración del riesgo obstétrico. Del mismo modo, es notorio que en la primera cita no se registró ni interpretó su peso, talla, ni tensión arterial.
  - A pesar de que en las siguientes consultas se registra su peso, talla, y tensión arterial, no se registra una atención especial debido a que se aprecia un aumento en su presión arterial sistólica de 30 mmHg y de 10 mmHg en su presión diastólica, se registró además, un aumento de 3 Kg. de peso por mes.
  - El 9 de octubre, la nota reporta que la paciente tenía dolor de cabeza.
  - De acuerdo a lo anterior, y a las notas de urgencia del 29 de octubre de 2007 que refieren que la paciente presenta edema de tercio medio de pierna; es importante descartar, por medio de estudios de laboratorio, toxemia de embarazo.
  - La nota médica inicial de urgencias (23:05 horas) no tiene registrados los signos vitales de la paciente, ni muestra la realización de una exploración física completa que incluyera la exploración obstétrica.
  - La nota del 29 de octubre de 2007 de las 0:30 horas apunta la necesidad de una valoración por Cirugía General y Gineco-obstetricia.
  - No hay congruencia respecto de la solicitud de estudios de laboratorio; se menciona que el médico de urgencias los solicita desde las 23:55 del 28 de octubre de 2007, y posteriormente a las 01:00 horas por el médico gineco-obstetra. Se observa que las indicaciones médicas que los solicitan marcan las 2:15 horas. Las primeras dos ocasiones que se solicitaron los análisis, se hemolizaron las muestras. Los primeros resultados se reportan hasta las 5:25 horas. Sin embargo, la biometría hemática que obra en el expediente no tiene el nombre de la paciente. El resultado no es congruente con el cuadro clínico que

presenta la paciente, ya que, entre otros reportes, se esperaba la disminución de hemoglobina, hematocrito y plaquetas, sin embargo, no fue así.

- La valoración que realiza Cirugía General se llevó a cabo a las 5:25 horas, y de ésta resulta que no requiere tratamiento quirúrgico de Urgencias y que solicita la valoración por parte de medicina crítica.
- A las 6:00 horas se realiza la valoración por parte de medicina crítica de donde se desprende que la paciente se encuentra en mal estado de hidratación y que no es posible valorar los datos de irritación peritoneal por lo que se solicita ultrasonografía, RX de tórax y abdomen y tomografía axial computada. IDX Úlcera perforada o Sx de Hellp. Llama la atención que después de 6 horas con la paciente en Urgencias, aún se presenta la duda entre una úlcera perforada o el síndrome de Hellp.
- A las 7:30 se emite una nota de gravedad en donde se menciona que la agraviada presenta choque hipovolémico grado IV. Este diagnóstico se podría realizar anteriormente, ya que en las notas previas ya observaban aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial, deshidratación, palidez y alteraciones neurológicas.
- Se aprecia la falta de coordinación entre el personal médico y de enfermería que atendió a la agraviada ya que el médico urgenciólogo reporta que solicitó la valoración de la paciente por parte de los servicios de Gineco-obstetricia y Cirugía General a las 23:55 horas; sin embargo, el médico gineco-obstetra reporta haber sido requerido a las 01:00 horas y el Cirujano hasta las 5:25 horas.
- Se observa en el expediente clínico notas ilegibles, algunas sin reporte de signos vitales, no hay firmas del personal que las elaboró, además de faltar notas de indicaciones médicas.
- No se encuentra el anexo requerido por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, específicamente en el numeral 5.1.6, que trata sobre las acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionaron muertes maternas y perinatales.

➤ En el informe del Comité Nacional para el Estudio de la mortalidad materna y perinatal se menciona, entre otros:

- Que la confirmación diagnóstica fue inadecuada;
- Que el tratamiento instalado acorde al diagnóstico final fue incorrecto;
- Que el tratamiento instalado en el tiempo necesario para el diagnóstico final fue inoportuno;
- Que la atención de las complicaciones por el médico fue inoportuna;
- Que se desconoce la atención prenatal.

➤ Con motivo de lo anteriormente enunciado, se obtuvieron las conclusiones siguientes:

- Que la atención médica prenatal que se le proporcionó a la agraviada, en el Hospital Rubén Leñero no se apegó a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido en su numeral 5.1.6.
- Que durante las consultas de control prenatal, la paciente mostraba datos clínicos compatibles con preeclampsia, es decir, aumento de la presión arterial

de 30 mmHg, aumento de 3 Kg. por mes, cefalea y, probablemente, edema en los miembros inferiores. Sin embargo, no se le practicaron los estudios necesarios para descartar el diagnóstico.

- Que la paciente no fue valorada con prontitud por los servicios de Gineco-obstetricia (1 hora más tarde) ni Cirugía General (5 horas más tarde) durante su estancia en el Hospital Rubén Leñero.
- Que no le fueron practicados los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos.
- Que el expediente clínico de la agraviada elaborado en el Hospital Rubén Leñero no se apega a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico en sus numerales 5.8, 6.2 y 7.

**4.2.23.** Dictamen Médico elaborado el 29 de octubre de 2008 por el Dr. Efraín Pineda Guerrero. Especialista en Gineco-obstetricia, en el cual concluye lo siguiente:

- La atención prenatal proporcionada a la agraviada por el Dr. Enríquez fue insuficiente por no apegarse a las normas establecidas y dejar sin valorar elementos clínicos de importancia que indicaban el inicio de complicaciones obstetricias y ameritaban la intervención del especialista.
- Durante su estancia en urgencias filtro del Hospital “Dr. Rubén Leñero” el Dr. Miguel Galván Rodríguez (Medico Adscrito a Urgencias) no procedió con el criterio necesario para relacionar los síntomas digestivos manifestados por la paciente, con la presencia de una complicación obstetricia grave, preeclampsia. No efectuó el interrogatorio necesario para interpretar el origen de los trastornos y se omitió efectuar una exploración física general y obstetrica, por lo que no se llegó a determinar la posibilidad de complicación hepática ni la vitalidad del feto.
- Ingresada en el servicio de Urgencias, el Dr. Muñoz detectó la ausencia de latidos fetales y varios signos compatibles con el diagnóstico de eclampsia. Aún ante la presencia de convulsiones, no se aseguró tal diagnóstico. Tampoco se valoró la conveniencia del traslado de la paciente a terapia intensiva para proporcionar un manejo más especializado.
- El gineco-obstetra, Dr. Pérez no tomó en consideración que podría estar presente una complicación hepática, la ruptura de la cápsula de Glisson, que con frecuencia acompaña a la eclampsia y al síndrome de Hellp. El Dr. Pérez no solicitó algún estudio complementario, por lo menos efectuar un ultrasonido abdominal, enfocado a comprobar la muerte fetal y las características del área hepática.
- Por su parte el Dr. Alberto Basilio Olivares (Medico de Cirugía General) estuvo de acuerdo en que la paciente presentaba complicaciones obstetricias severas, pero tampoco sospechó la posibilidad de ruptura hepática y no solicitó estudios radiográficos o ultrasonografía que aclararan la causa del dolor abdominal persistente. La propuesta para que la paciente fuera revisada por Medicina Crítica, nunca se llevó a cabo.
- Los únicos estudios de laboratorio que se efectuaron, consistieron en dos químicas sanguíneas que mostraron elevación de globulinas y fosfatasa alcalina, con disminución de albúmina y aminotrasnferasas elevadas. Además una biometría hemática que no contuvo el nombre de paciente y cuyos resultados carecieron de toda relación con el estado de la enferma, ya que la hemoglobina, el hematocrito y las plaquetas demostraron cifras dentro de la

normalidad, mientras que la paciente estaba a punto de fallecer por hemorragia interna aguda. Estos resultados contribuyeron a la desorientación de los médicos tratantes y sólo son atribuibles a error de laboratorio o a confusión con los análisis de otros pacientes.

- La participación del ginecólogo Dr. Pérez se concretó a confirmar el óbito fetal y el diagnóstico de preeclampsia, cuando el cuadro ya era característico de eclampsia o de síndrome de Hellp. No procedió a dar indicaciones de efectuar estudios de gabinete que profundizaran en aspectos como la posible lesión hemorrágica por rotura hepática. En su segunda valoración, efectuada tres horas y media más tarde, consignó datos incongruentes con el deterioro sufrido por la paciente, que ya se encontraba a pocas horas de sufrir paro cardíaco por choque hipovolémico. Estas conductas implican responsabilidad por omisión de los recursos necesarios para el diagnóstico adecuado e impericia para establecer la condición crítica de la enferma.
- El Dr. Basilio, cirujano general, consideró que la paciente no era tributaria de una intervención quirúrgica de urgencia por no presentar datos de irritación peritoneal, a pesar de que ya se había manifestado hipotensión arterial, taquicardia, palidez y ausencia de peristaltismo. Afirmó que se trataba de eclampsia o síndrome de Hellp, sin tomar en cuenta que una de las complicaciones graves de estas patologías es la rotura del hígado. Tampoco determinó la conveniencia de realizar otros procedimientos diagnósticos como ultrasonido o radiografías del abdomen de manera oportuna, y sólo lo hizo cuando la paciente ya se encontraba en condición de gravedad extrema, lo que impidió llevarlos a cabo. Esta actitud traduce un manejo inadecuado por omisión en la aplicación de los medios disponibles.

### **4.3 Caso 3. Mujer de 27 años y el producto de su embarazo que al llegar al Hospital General Xoco no reciben atención médica por falta de personal y de recursos materiales. Al ser trasladada al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, el producto de su embarazo había muerto.**

#### **4.3.1. Nota médica inicial de urgencias elaborada en el Hospital General de Xoco, a las 23:05 horas del 3 de diciembre de 2007:**

Se informa al asistente de dirección que no contamos con pediatría ni ayudantes, por lo que se solicitará traslado a unidad con servicios completos. Se informa a la paciente. Firmado por el Dr. Machorro.

Se me informa de la gravedad de mi producto y acepto esperar a que se intente mi traslado. Firma la agraviada.

#### **4.3.2. Resumen clínico de egreso del Hospital General de Xoco elaborado el 4 de diciembre de 2007 a nombre de la agraviada. Se reporta un egreso por traslado:**

[...] que se traslada a otra unidad (Cuauhtémoc) por no contar con UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

#### **4.3.3. Consentimiento informado del paciente para procedimiento y tratamiento. De fecha 4 de diciembre de 2007, Unidad Médica Xoco. Clave 202. Dirigido al Dr.**

Aviña Valencia. En el encabezado, el nombre de la agraviada escrito con la letra de quien escribió los datos anteriores. Con el sello del Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud, Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias:

Sin nombre y firma o huella digital del paciente. Sin dirección y teléfono. Sin nombre y firma del responsable del paciente. Sin dirección y teléfono.

**4.3.4.** Formato para la evaluación del expediente clínico. A nombre de la agraviada. Unidad Xoco. De fecha 4 de diciembre de 2007.

- No hay expediente clínico completo.
- No hay nota de ingreso hospitalización.
- No hay hoja de partograma.
- No hay pronóstico.
- No hay estudios de Rx simple y gabinete (interpretados).
- No hay hoja de consentimiento informado (completo).
- Existe una anotación con letra manuscrita: "Se trasladó a H. Cuauhtepac."

**4.3.5.** Acta circunstanciada de fecha 5 de diciembre de 2007, en la que la madre de la agraviada se comunicó a esta Comisión y refirió que:

Su hija de 27 años de edad, tenía 37 semanas de gestación. Debido al servicio de gratuidad que le brinda el Gobierno del Distrito Federal, los nueve meses de embarazo fue atendida médicamente en el Hospital General Xoco; en virtud de que el pasado lunes 3 de diciembre, tuvo un fuerte dolor de cabeza y su abdomen se puso duro; siendo las 22:00 hrs. de ese mismo día ingresó por el área de Urgencias a dicho nosocomio, donde le informaron que su hija daría a luz durante el trayecto de la siguiente mañana, por lo que se retiró a dormir a su domicilio. Siendo las 10:00 hrs. del día martes, 4 de diciembre de 2007, se presentó en dicho hospital donde en diversas ocasiones solicitó informes sobre el estado de salud que guarda su hija; sin embargo, se negaron a proporcionarle dicha información, siendo hasta las 17:00 horas del mismo día se presentó en la sala de espera una enfermera de la cual desconoce su nombre pero puede reconocer plenamente, quien le refirió de forma prepotente que el producto de su hija presentó sufrimiento fetal por lo que fue trasladada al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac, sin proporcionarle mayores informes. Por lo anterior, se constituyó en las instalaciones del Hospital en mención donde un médico y trabajadora social, le informaron que su hija ingresó al hospital con el producto muerto. Desea aclarar que la presente queja es por la deficiente atención médica recibida por los servidores públicos adscritos al Hospital General Xoco, ya que en el hospital en el que actualmente se encuentra su hija le están brindando la atención médica que requiere, incluso manifestó que los médicos la reportan estable en lo que se refiere a su estado de salud.

**4.3.6.** Comparecencia del Dr. Marco Antonio Machorro Arenas adscrito al Hospital General Xoco, ante el C. Agente del Ministerio Público Adscrito a la Unidad Investigadora de Responsabilidades Médicas de la Fiscalía

Centralizada para Servidores Públicos de la PGJDF el 10 de abril de 2008. Esta diligencia ocurrió como parte de la Averiguación previa número FBJ/BJ-4/T2/2924707-12. En ella declaró que:

Como la paciente requería de una cirugía cesárea por las condiciones que presentaba y no había Pediatra ni personal disponible como ayudante ni instrumentista para realizar dicha cirugía ya que el anestesiólogo y el suscrito estábamos por iniciar otra cirugía le informé a la paciente de tal situación y que la tendría que referir a otra unidad médica que sí contara con el personal, el equipo y el espacio para recibirla, a lo cual estuvo de acuerdo, razón por la cual le avisé a mi jefe el Dr. José Luis Gutiérrez Velásquez, quien de inmediato dio indicaciones al C. Teófilo Flores Flores del servicio de Trabajo Social para que iniciara el trámite de traslado de la paciente a otra unidad médica. Trabajo Social se comunicó a varios hospitales, entre ellos al Hospital Enrique Cabrera, al Belisario Domínguez y Materno Infantil de Xochimilco que son las unidades médicas que cuentan con el personal y equipo para atender embarazos complicados como el que presentaba la paciente y en ninguno de ellos la pudieron aceptar hasta que finalmente se aceptó en el Hospital Cuauhtépec de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, lo cual ocurrió como a la 01:00 horas ya del día 4 de diciembre del 2007. No había personal de apoyo.

**4.3.7.** Declaración del testigo de hechos, José Luis Gutiérrez Velásquez realizada el 3 de junio de 2008, ante la Fiscalía Centralizada para Servidores Públicos de la PGJDF en la agencia investigadora del M.P. Unidad de investigación No. 1-A, sin detenido, tercer turno. Indagatoria No. FBJ/BJ-4/T2/2924707-12. En ella relata que labora en el Gobierno del Distrito Federal, adscrito al Hospital General Xoco, con el cargo de asistente de la Dirección, guardia "B" con horario de 19:00 a 06:00 horas del día siguiente, y en relación con los hechos que se investigan manifiesta que en la guardia del día 3 al 4 de diciembre de 2007 y siendo aproximadamente las 23:05 horas ingresó al servicio de Urgencias Ginecológicas la agraviada quien:

Fue atendida de inmediato por el único gineco-obstetra con el que se cuenta en dicha guardia "B" de nombre Marco Antonio Machorro Arenas, mismo que después de revisarla y realizar la nota correspondiente, le informó al declarante que era necesario trasladarla a otra unidad médica que contara con lo necesario para una mejor atención de la paciente y del producto, toda vez que esta requería de una cesárea urgente, motivo por el cual el de la voz se comunicó con el personal de trabajo social para que éste llevara a cabo la coordinación correspondiente, comunicándose a los diferentes hospitales de la Red del Gobierno del Distrito federal, lo cual realizó el trabajador social Teófilo Flores Flores, siendo aceptada dicha paciente en el Hospital Cuauhtépec, por lo que de inmediato se realizó su traslado a dicho hospital, encontrándose la paciente estable, asimismo, el de la voz sabe y le consta que cuando llegó la paciente agraviada, el doctor Marco Antonio Machorro Arenas, estaba a punto de entrar a quirófano para realizar una cirugía de urgencia a otra paciente, e incluso después de que llevó a cabo la misma y en el transcurso de esa misma guardia realizó otra cirugía a otra paciente, y por ser el único médico de guardia en el servicio de ginecología, éste tuvo que realizar todos los trámites y notas médicas.

**4.3.8.** Oficio 2-14092-08 del 26 de agosto de 2008, firmado por el Dr. Gilberto Rivas Cerecero, encargado de la unidad de tococirugía y ginecología del Hospital General Xoco, el cual fue dirigido al Dr. Jorge A. Aviña Valencia, Director General del Hospital General Xoco:

[...] dicha guardia de tococirugía no cuenta con médico pediatra.

**4.3.9.** Dictamen de fecha 6 de septiembre de 2008 elaborado por la Perito Médico Forense Dra. María Dolores Suzawa Ríos, adscrita a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en relación a la Averiguación Previa FBJ/BJ-4/T2/2924707-12. En sus conclusiones responde a las preguntas elaboradas por la Fiscalía, manifestó:

Primera. Determine si la atención médica prestada por el indiciado Marco Antonio Machorro Arenas a la denunciante agraviada fue la adecuada o bien existió negligencia, impericia o falta de cuidado.

Respuesta: La atención médica prestada por el indiciado Marco Antonio Machorro Arenas a la denunciante agraviada **fue la adecuada** toda vez que fue recibida a su ingreso por el médico Marco Antonio Machorro Arenas, médico con especialidad en gineco-obstetricia, se le valoró obstétricamente determinándose que debido a la falta de trabajo de parto y la importante variación de la frecuencia cardiaca fetal debía ser trasladada a otro centro hospitalario que contara con los elementos de atención de urgencia y de complicaciones necesarios. Ya que desde el primer momento se sabía que **no se contaba con especialista en pediatría** para la valoración del estado clínico del producto de la concepción y más aún **con una unidad de cuidados intensivos neonatales**, que dados los antecedentes que presentaba era necesaria. Además se le informó a la paciente de la necesidad del traslado firmando de consentimiento de la misma y emitió las recomendaciones médicas que el caso requirió durante su corta estancia en dicho nosocomio y hasta su traslado correspondiente; por lo tanto, se determina que no existió ningún tipo de responsabilidad profesional por parte del médico Marco Antonio Machorro Arenas.

Segunda: Determine de manera específica si el actuar del indiciado Dr. Marco Antonio Machorro Arenas durante la estancia de la denunciante en el Hospital Xoco, se ajustó a la *lex artis* y si pudo actuar de manera diferente a como lo hizo y tener mayor probabilidad de vida el producto.

Respuesta: El actuar del indiciado Dr. Marco Antonio Machorro Arenas durante la estancia de la denunciante en el Hospital Xoco, sí se ajustó a la *lex artis*, debido a que solicitó el traslado de la paciente a un hospital que contara con lo necesario para su atención. Toda vez que **no contaba con médico con especialidad en pediatría** que valorara al producto al momento del nacimiento dado que presentaba datos clínicos de sufrimiento fetal agudo y dado que **no contaba con la unidad de cuidados intensivos neonatales**; determinándose que **de haber contado en ese momento con el personal médico y la infraestructura necesarios, el actuar del médico sí pudo ser de manera diferente** a como lo hizo y por ende, aumentar las probabilidades de vida del producto.

Tercera: Señale si las causas de muerte del producto de la concepción, son atribuibles por algún acto u omisión al médico Marco Antonio Machorro Arenas señalando en qué consistió la violación de deber de cuidado que no observó y cuál era la manera de corregirlo.

Respuesta: Las causas de muerte del producto de la concepción no son atribuibles a algún acto por parte del médico Marco Antonio Machorro Arena. Asimismo no son atribuibles a alguna omisión por parte del médico Marco Antonio Machorro Arenas, toda vez que como ya se refirió, le fue imposible la extracción del producto de la concepción por falta de médico pediatra y de una unidad de cuidados intensivos neonatales, que eran necesarios por los antecedentes que presentaba a su ingreso.

Cuarta: Determine si procedía el traslado de la paciente a otro hospital ante la falta de espacio en quirófano como lo refiere el probable responsable, especificando si alguna de las atenciones médicas que impidieron la atención de la denunciante podía haber esperado o también eran consideradas urgencia médica.

Respuesta: El traslado de la paciente a otro hospital, como ya se refirió anteriormente sí procedía y ello no fue derivado por la falta de espacio en quirófano sino por la falta de personal médico, en particular pediatra e instrumentista, así como la falta de una unidad de cuidados intensivos neonatales; asimismo es de determinarse que las atenciones médicas programadas no impidieron por sí mismas la atención de la paciente, toda vez que aunque pudieran haber podido retrasarse en su atención, no se contaba con el personal médico y con la infraestructura requerida para la atención de un parto en el cual el producto de la concepción presentaba complicaciones.

**4.3.10.** Dictamen Pericial elaborado el 22 de octubre de 2008 en el Instituto Nacional de Perinatología, por el Dr. Carlos Julián Neri Méndez por solicitud del Lic. Héctor Gallardo Bruno, C. Agente del Ministerio Público de la Unidad Investigadora A-1, sin detenido de la Fiscalía para Servidores Públicos PGJDF. En este dictamen el Dr. Neri Méndez responde:

I. Determine si la atención médica prestada por el indiciado Marco Antonio Machorro Arenas a la denunciante agraviada fue la adecuada o bien existió negligencia, impericia o falta de cuidado.

R= De acuerdo a lo establecido en el expediente, el médico mencionado (Dr. Machorro Arenas) se encontraba ocupado en cirugía de urgencia, por lo cual no podía estar en la atención de la denunciante agraviada, por lo tanto no existió ni negligencia, ni impericia, ni falta de cuidado.

II. Determine de manera específica si el actuar del indiciado Dr. Marco Antonio Machorro Arenas durante su estancia de la denunciante en el Hospital Xoco, se ajustó a la Lex artis y si pudo actuar de manera diferente a como lo hizo y tener mayor probabilidad de vida el producto.

R= El doctor Machorro Arenas actuó de manera adecuada en ese momento, ya que al estar él ocupado en cirugía de urgencias, no fue posible que atendiera personalmente a la paciente, además, al no contar con quirófano y personal adecuado para realizar una cesárea, trasladarla a otra unidad médica para

resolver el embarazo fue lo más adecuado. Probablemente exista responsabilidad institucional ya que no es posible que el doctor Machorro haya sido el único médico que podía haber atendido a la paciente en cuestión.

III. Señale si las causas de muerte del producto de la concepción, son atribuibles por algún acto u omisión al médico Marco Antonio Machorro Arenas señalando en qué consistió la violación de deber de cuidado que no observó y cuál era la manera de corregirlo.

R= No es fácil establecer la causa de la muerte del producto. En el examen del cadáver del feto se aprecia que cursó con hidrocefálea y esa malformación pudo haber tenido que ver con el fallecimiento, el cual no es atribuible al doctor Machorro.

IV. Determine si procedía el traslado de la paciente a otro hospital ante la falta de espacio en quirófano, que no se contaba con instrumentista ni pediatra y no se tiene un área de neonatología o bien podía realizarse la cesárea sin esos elementos de orden humano y materiales.

R= Al no tener personal adecuado que realizara la cesárea, tampoco quirófano, la decisión de trasladar a la paciente fue la más adecuada.

V. Incluir en sus conclusiones cualquier otra observación que usted considere conveniente para el estricto esclarecimiento de los hechos denunciados.

A. [...].

B. Es importante hacer notar que si el Dr. Machorro Arenas se encontraba realizando una cirugía de urgencias en el hospital, no había otro médico que resolviera el problema; así mismo es de notar que en un hospital como el de Xoco no se cuente con quirófanos y personal para una urgencia obstétrica como la de este caso y que se hubiera tenido que trasladar a la paciente a otra unidad médica. Por lo que se determina que **sí hubo responsabilidad institucional**.

#### **4.4 Caso 4. Debido a la carencia de recursos e insumos para brindar atención médica de emergencia materno-infantil, provocaron la muerte del producto.**

**4.4.1** Acta circunstanciada de 10 de junio de 2008 a las 19:00 horas, en la que la peticionaria agraviada refiere que:

“El 5 de junio de 2008, acudí al Hospital General Xoco (...), en virtud de que tenía contracciones de parto; en dicho lugar me atendió el Doctor Sebastián Iris, quien me mencionó que tenía una infección vaginal y únicamente me inyectó un medicamento para el dolor, por lo que regresé a mi casa a descansar. Deseo agregar que el citado doctor me trató de manera grosera y prepotente ya que en vez de dedicarse a atenderme, se la pasó diciéndome que estaba gorda. El 6 de junio de 2008, seguía con las molestias, por ello, acudí al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, lugar donde me comentaron que ya tenía 34 semanas de embarazo y que los dolores que había sufrido el día anterior eran contracciones, asimismo, me dijeron que el líquido que salía de mi cuerpo era la defecación del producto junto con el líquido amniótico y que en

virtud de la mala atención recibida el día anterior había fallecido mi bebé; aspecto que considero irregular y violatorio de mis derechos humanos. Deseo manifestar que la atención médica que estoy recibiendo en el Hospital Belisario Domínguez ha sido adecuada y profesional”.

**4.4.2** Nota médica inicial de urgencias del Hospital General Xoco, firmado por el Dr. Iris de fecha 05/06/08, a nombre de la peticionaria agraviada, en la que se asienta que:

“...útero grávido cuyo fondo se encuentra a 5 cms. por arriba de cicatriz umbilical, producto en presentación cefálica, con dorso a la izquierda y F.F. normal en C.I. (frecuencia fetal en cuadrante inferior) con frec. de 140 x Min. Al tacto vaginal: Cérvix posterior, corte cerrado, se confirma leucorrea verdosa. Plan: se indica Óvulos de Trexen-Duo. Se aplica Amp. III. de Ketorolaco.”

**4.4.3** Hoja de Egreso Ginecología y Obstetricia, del Hospital “Dr. Belisario Domínguez” a nombre de la agraviada, con fecha de ingreso 05/06/08 y de egreso 07/06/08, con diagnóstico de ingreso: G3, P2 + embarazo de 34 semanas + Producto óbito + oligohidramnios severo + presentación pélvica<sup>44</sup>.

**4.4.4** Acta circunstanciada de fecha 21 de julio de 2008, en la que la agraviada informa a personal de esta Comisión que:

El día en que acudió al Hospital General Xoco a recibir atención médica para atender su embarazo del cual ya cursaba 36 semanas de gestación, presentaba contracciones cada 3 o 4 minutos y la salida de un líquido verdoso sin olor por el que continuamente tenía que estar cambiando de toallas sanitarias, aunado a que ya no sentía los movimientos de su bebé.

En dicho hospital fue atendida por el doctor Sebastián Iris, quien después de pedirle que se retirara la ropa, la recostó a fin de realizarle el tacto vaginal.

Durante su valoración médica, dicho servidor público se percató que presentaba la salida de líquido verdoso en abundante cantidad, aunado a que su bebé ya no se movía; no obstante, éste en todo momento le indicó que dicha situación se debía *a que al bebé aún no le tocaba nacer*.

Finalmente y derivado de la valoración realizada, le señaló que ella presentaba una fuerte infección vaginal —aclara que en ningún momento le dejó de salir el líquido mencionado—.

Aclara que durante el tiempo en que fue atendida por el doctor aludido, éste se la pasó mencionándole que se encontraba gorda y el personal de enfermería que se encontraba ahí estaba riéndose de dicha situación.

---

<sup>44</sup> Gesta 3 (tercer embarazo), dos partos, 34 semanas de embarazo, producto muerto, poco líquido amniótico, producto sentado.

Antes de retirarse del hospital y en virtud de que el dolor que presentaba (contracciones) era muy intenso, el doctor Iris le suministró una inyección de ketorolaco y le proporcionó diversos medicamentos.

No obstante lo anterior, ella continuó presentando los dolores ya mencionados (contracciones) y la salida vaginal del líquido verdoso, lo cual derivó que al día siguiente se presentara al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" a fin de que en éste fuera nuevamente valorada.

En dicho hospital, ella fue atendida por una doctora la cual inmediatamente le colocó un aparato en su abdomen y determinó que no se escuchaban los latidos del corazón de su bebé, lo que derivó en que le realizara un ultrasonido, el cual determinó que su bebé había fallecido.

Por lo anterior, ella fue internada de inmediato en el hospital mencionado a fin de intervenirla quirúrgicamente y extraer el producto de su abdomen ya muerto, intervención que finalmente ya no se llevó a cabo en virtud de que ella terminó expulsando el producto de manera natural (previa inducción realizada).

Finalmente, el sábado 8 de junio fue dada de alta del hospital y actualmente se encuentra estable en su estado de salud.

No obstante lo anterior, solicita el apoyo de este Organismo a fin de que los hechos referidos sean investigados, toda vez que considera que la atención médica que recibió por parte del doctor Sebastián Iris fue negligente y propició la muerte de su bebé al no realizarle ningún estudio ni valorarla adecuadamente.

Por lo anterior, solicita también que dicho servidor público sea sancionado.

#### **4.4.5 Solicitud de Informe dirigido al Dr. Arturo Aviña Valencia, Director del Hospital General Xoco, oficio número 2-17714-08, de fecha 7 de octubre de 2008 en el que se solicita su apoyo para que:**

a) A la brevedad realice una investigación exhaustiva con todas las áreas del hospital a su cargo, relacionada con los hechos manifestados en la queja por la agraviada en relación con la atención médica que se le proporcionó en ese hospital para atender su embarazo.

De la investigación que se realice se informe a este Organismo de manera clara y cronológica:

a1) Cuál fue la atención médica que se le proporcionó a la agraviada, en la cual se detalle la fecha y hora de su ingreso al hospital, su diagnóstico médico, los estudios clínicos que se le practicaron, el nombre del personal médico y de enfermería que la atendió, los medicamentos que se le prescribieron para atender su padecimiento.

a2) Si la agraviada llevó su control prenatal en ese hospital. Si es así, cómo fue la evolución de su embarazo.

b) A dicho informe se anexe también copia certificada completa, clara y legible del expediente clínico que se haya elaborado en ese Hospital. En el que también, se anexen las notas médicas de admisión y revisión (desde la primera ocasión en que fue atendido su embarazo en ese hospital), control prenatal, registros, o notas de referencia o contrarreferencia que se hayan asentado de su ingreso y estancia en ese hospital, así como el resultado de los estudios clínicos que le fueron practicados en ese lugar.

c) También, se solicite al doctor de nombre Sebastián Iris informe a este Organismo de manera clara y detallada la atención médica que le proporcionó a la peticionaria agraviada.

**4.4.6 Solicitud de Informe dirigido al Dr. Osvaldo González la Riviere, Director del Hospital Belisario Domínguez oficio número 2-17715-08, de fecha 7 de octubre de 2008 en el que se solicita su apoyo para que:**

a) Se informe a este Organismo de manera clara y cronológica cuál fue la atención médica que se le proporcionó a la peticionaria agraviada, en la cual se detalle la fecha y hora de su ingreso al hospital, su diagnóstico médico, los estudios clínicos y paraclínicos que, se le practicaron, el nombre del personal médico y de enfermería que la atendió, los medicamentos que se le prescribieron para atender su padecimiento.

b) Si la agraviada llevó su control prenatal en ese hospital. Si es así, como fue la evolución de su embarazo.

c) Si es posible determinar el origen de la muerte del producto. Si es así, si esta se debió al retraso y/o la deficiente atención médica que recibió la peticionaria en el Hospital General Xoco.

d) A dicho informe se anexe también copia certificada completa, clara y legible del expediente clínico que se haya elaborado en ese Hospital, con motivo de la atención médica que recibió la agraviada, en el que también se anexen las notas médicas de admisión y revisión (desde la primera ocasión en que fue atendido su embarazo en ese hospital), control prenatal, registros, o notas de referencia o contrarreferencia que se hayan asentado de su ingreso y estancia en ese hospital, así como el resultado de los estudios clínicos que le fueron practicados en ese lugar.

**4.4.7 Respuesta del oficio 2-17715-08 de solicitud de informe, de fecha 20 de octubre de 2008, dirigido a esta Comisión firmado por el Dr. Osvaldo González la Riviere, Director del Hospital Belisario Domínguez, en el que se responde que:**

1. La paciente de 27 años de edad con número de expediente 23911 acudió a este hospital el día 5 de junio del año en curso a las 10:03 horas al servicio de urgencias gineco-obstetricia, valorada de inicio por la Dra. Santiago Ramos María Guadalupe, la paciente refirió inicio de contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales a la 01:00 hrs del mismo día, por lo que acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Xoco, no especifica la hora, dónde es valorada y le indican, al decir de la paciente, que tiene una infección vaginal por lo cual

debe recibir tratamiento. En este hospital luego de revisión clínica y realización de ultrasonido, se integra el diagnóstico de Embarazo de 35 SDG (semanas de gestación) producto óbito (muerto), presentación pélvica, oligohidramnios, se informa al familiar responsable (esposo) el diagnóstico y el plan de tratamiento. Inicialmente por presentación del producto, se propone interrupción del embarazo vía abdominal, se ingresa a labor y se siguen las indicaciones médicas por parte de la enfermera Cristina Carmona, la paciente revalorada durante su estancia en la sala de labor y con el antecedente de partos previos hasta de 4kg., se le propone la conducción de trabajo de parto con menos morbilidad para la paciente, procedimiento que fue aceptado. Se conduce trabajo de parto, se atiende parto pélvico a las 23:07 hrs. por la Dra. Argueta gineco-obstetra, obteniéndose producto óbito, sexo masculino, peso 2554grs., sin complicaciones. Se informa al familiar responsable. La paciente evoluciona en el puerperio de manera satisfactoria, por lo que es dada de alta el día 7 de junio de 2008, con indicaciones y medicamentos en alta y receta.

2. La paciente peticionaria agraviada no llevó control prenatal en esta unidad, por lo cual no se puede informar o determinar la evolución de su embarazo.

3. La posible causa de muerte neonatal del producto de la agraviada, pudo haber sido por aspiración de meconio que ocasionó asfixia, ya que presentaba salida de líquido meconial y disminución de movimientos fetales; pero la causa definitiva de muerte debió ser dada por la necropsia del producto.

**4.4.8** Respuesta del oficio 2-17714-08 de solicitud de informe, de fecha 22 de octubre de 2008, dirigido a esta Comisión firmado por el Dr. Jorge A. Aviña Valencia, Director del Hospital General Xoco, en el que informa que:

Se remite Informe Médico Original signado por el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz, médico especialista de esta unidad hospitalaria, copia simple de la libreta de registros de admisión a urgencias, copia simple de la nota médica inicial de urgencias.

**4.4.9** Informe Médico Original signado por el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz dirigido al Dr. Jorge A. Aviña Valencia, Director del Hospital General Xoco, sin fecha, en el que se describe:

[...] de acuerdo a la edad gestacional y al tiempo transcurrido de la ruptura (periodo de latencia) en ocasiones la salida es mínima o no existe y en tales casos, ante la duda, se recurre a otras pruebas tales como Cristalización en "Hojas de Helecho" del líquido vaginal, Citología del líquido vaginal, buscando células "naranja" (fetales), tiras reactivas para medir el PH del líquido, que en caso de ruptura se torna alcalino, o estudio de ultrasonido, para determinar la cantidad de líquido amniótico por cuadrantes (Método de Felan).

Desafortunadamente en el turno nocturno no contamos con ninguno de estos métodos de apoyo y por lo tanto, nos tenemos que basar exclusivamente en el juicio clínico.

**4.4.10** Opinión médica sobre el caso de la peticionaria agraviada, elaborado por el Dr. Sergio Rivera Cruz, Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la

CDHDF, el 19 de febrero de 2009, en la cual llegó a las siguientes conclusiones:

A) Señalar si el lapso que permaneció la agraviada en el Hospital Xoco, la atención médica fue la requerida.

B) Establecer a quién o a qué puede atribuírsele, en su caso, la deficiente atención médica otorgada a la agraviada.

Al respecto, el doctor Rivera explica que con base en la información contenida en el expediente de queja de esta Comisión, ya que:

1. No se realizó la necropsia del óbito (niño muerto en el útero) por lo que se desconocen el mecanismo y causas de su muerte.

2. No se cuenta con muestras del líquido transvaginal que supuestamente presentaba la señora peticionaria agraviada para realizar análisis de su composición química y de esta manera determinar si era efectivamente líquido amniótico con meconio o bien era leucorrea de origen infeccioso, orina o alguna otra sustancia.

Después de analizar el expediente de queja y el informe médico del Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz, el Dr. Rivera Cruz concluye que:

A) No se cumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 en los numerales:

a) 5.10: Las notas del expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. *En el expediente existen abreviaturas y una tachadura.*

b) 7.1.2: Signos vitales. *Los signos vitales son reportados de manera incompleta ya que sólo se señalan la presión arterial de 130/80 y la temperatura de 36.5°.*

c) 7.1.8: Pronóstico. *No establece el pronóstico médico sobre el caso.*

B) No se cumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

a) 5.1.1. La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y del recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda. *No queda documentado en el expediente clínico (en este caso la Nota de revisión en Tococirugía) la referencia o canalización a la unidad que correspondiera o alguna indicación que la orientara médicamente sobre qué hacer en caso de presentar algún síntoma relacionado con su embarazo.*

b) 5.1.3. La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención. *Al no realizarse*

*todo lo que establecen las normas oficiales antes mencionadas para el caso, se puede inferir que no se cumplió con la calidad de atención que señala este numeral.*

Tales omisiones corresponden al médico tratante, en este caso el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz.

Asimismo, el Dr. Rivera Cruz asegura que:

3. La falta de infraestructura suficiente y adecuada para apoyo diagnóstico (en este caso cristalización en hojas de helecho del líquido vaginal; citología del líquido vaginal buscando células naranja; tiras reactivas para medir el pH del líquido vaginal y estudio de ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico por cuadrantes), corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal proporcionarlos al personal médico para que éste lo utilice cuando lo considere conveniente.

#### **4.5 Caso 5. Fallecimiento de una mujer de 38 años después de casi 10 meses de permanecer en estado de completa discapacidad, debido a mala práctica en la aplicación de anestesia, lo que produjo daño cerebral irreversible.**

**4.5.1.** Resumen médico elaborado en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco de fecha 2 de junio de 2008 respecto de los hechos que se enuncian a continuación. Edad de la agraviada, 37 años. Ingresó al hospital el 6 de octubre y egresó el día 7 de octubre de 2007. A las 22:50 horas se valoró a la paciente con diagnóstico para ingreso de gesta<sup>45</sup> III, con embarazo de término, habiéndose iniciado el trabajo de parto con baja reserva feto placentaria.<sup>46</sup>

Ingresó a labor. Se observa líquido amniótico con meconio<sup>47</sup>. Debido a lo anterior y a la tensión arterial fetal se integra el diagnóstico de sufrimiento fetal. La doctora decide interrumpir el embarazo por medio de una cesárea. Al solicitar apoyo médico a la Dirección del Hospital, envían a un médico de pregrado, es decir, a un estudiante. Debido a que no hay camillero, el servicio de enfermería lleva a la paciente al quirófano. La paciente cuenta con ayuno, sin embargo, no cuenta con exámenes de laboratorio y en ese turno (nocturno) no hay servicio de laboratorio, por lo que ingresa como urgencia.

Se prepara para cesárea y se maneja inicialmente con bloqueo peridural<sup>48</sup>, aparentemente sin complicaciones, por lo que se inicia el procedimiento habitual preoperatorio. Sin embargo cuando se verifica la instalación del bloqueo<sup>49</sup> se observa que es parcial o insuficiente por lo que el anestesiólogo decide complementar con anestesia general balanceada. Se da instrucción de iniciar la

<sup>45</sup> El número romano indica el número de embarazos.

<sup>46</sup> La funcionalidad placentaria mínima necesaria para el aporte de los requerimientos mínimos de nutrientes de oxígeno que permitan la supervivencia fetal

<sup>47</sup> Expulsión del contenido intestinal del feto a la cavidad amniótica.

<sup>48</sup> Técnica de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el control del dolor durante el trabajo de parto o realizar intervenciones quirúrgicas en el abdomen y miembros inferiores.

<sup>49</sup> Término con el que se conoce la anestesia peridural.

cirugía, sin embargo momentos después se indica suspender el procedimiento quirúrgico ya que se presentan dificultades técnicas para intubar a la paciente durante aproximadamente tres minutos.

Posteriormente se indica continuar con el procedimiento, por lo que se extrae el producto, a las 23:20 horas, vivo, que llora al nacer, y se libera doble circular de cordón al cuello<sup>50</sup> y se entrega al pediatra. Nuevamente se solicita detener el procedimiento quirúrgico ya que la paciente se extuba, el anestesiólogo reintuba y ventila a la paciente; se indica continuar con el procedimiento quirúrgico. Se extrae placenta grande, completa. Se revisa la cavidad y se da masaje interno ya que se aprecia hipotonía uterina<sup>51</sup> transitoria que se revierte con oxitocina<sup>52</sup> rápidamente.

Se cierra la pared abdominal por planos, cuando se notifica que la paciente presentó un paro cardio respiratorio, del que la Gineco obstetra desconoce la causa. Inician maniobras de reanimación cardio pulmonar y tratamiento farmacológico para revertir dicho evento. Continúa cierre de pared con la técnica habitual. Se verifica involución uterina<sup>53</sup> y se da por terminado el evento quirúrgico. Útero bien contraído. La paciente continúa intubada y bajo tratamiento farmacológico por el anestesiólogo, quien comenta que hay que trasladar a la paciente a unidad de Cuidados Intensivos, ya que se calculó sangrado aproximado de 1,200 c.c.<sup>54</sup> Se toman muestras para tipar y cruzar sangre<sup>55</sup>. Se realiza traslado en ambulancia al Hospital "Dr. Enrique Cabrera" y la reciben médicos intensivistas e internistas.<sup>56</sup>

**4.5.2.** Registro de anestesia y recuperación elaborada en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco el día 7 de octubre de 2007. Refiere una cirugía programada; cesárea de urgencia. Se realiza la cirugía iniciando la anestesia a las 23:00 horas con bloqueo peridural. (*En el registro se observa descenso paulatino de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca materna, que llegaron a cero a las 24:15 horas y recuperación posterior hasta las 02:20 horas*). Registran el paro cardio respiratorio durante cuatro minutos. (*Se anotan los medicamentos utilizados y sus dosis, así como el control de líquidos*). Se registra también las complicaciones post anestésicas, intubación al tercer intento y el paro

<sup>50</sup> El cordón umbilical presentaba dos vueltas alrededor del cuello del recién nacido.

<sup>51</sup> Disminución de la tensión muscular del útero.

<sup>52</sup> La oxitocina se utiliza para inducir y favorecer el parto en caso de partos detenidos y como agente para incrementar el tono uterino en la hemorragia posparto.

<sup>53</sup> Es el proceso por el cual el útero regresa a su tamaño normal.

<sup>54</sup> El sangrado secundario en cesárea puede ser de 1000 c. c. y se considera normal. El sangrado de 1200 c. c. no produce por sí mismo ningún tipo de choque. Cunningham, et al. Obstetricia Williams. 21ª edición. Editorial Panamericana. Madrid 2004. Página 548.

<sup>55</sup> Es el proceso mediante el cual se identifica el grupo sanguíneo de la persona que ha perdido la sangre, así como de sus posibles donantes.

<sup>56</sup> Las y los médicos intensivistas son los profesionistas de la medicina encargados de atender a los usuarios del servicio que necesitan de terapia intensiva debido a que se encuentran en riesgo inminente de perder la vida. Las y los médicos internistas se dedican a la medicina interna, la cual es una especialidad que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención».

transoperatorio. Pérdidas: 1,400 c.c. de sangre, con un total de pérdidas de 2,260 ml. Así mismo, se anota la hora del nacimiento; a las 11:20, sexo masculino, pesando 4,900 Kg.

**4.5.3.** Nota de Anestesiología elaborada en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco a las 00:20 horas del 7 de octubre de 2007. “Técnica anestésica: Bloqueo peridural. El bloqueo es insuficiente por lo que se decide anestesia general balanceada. Se intuba al tercer intento. Presenta paro cardiogénico repentino<sup>57</sup> a las... (*No se anota la hora*). Se administra atropina y adrenalina.<sup>58</sup> Sale del paro con maniobras de reanimación cardio-pulmonar a las 23:55 horas. Continúa con tratamiento farmacológico, pero se informa: “No contamos con sangre, plasma fresco congelado (PFC)<sup>59</sup> ni laboratorio, por lo que se decide traslado a otro hospital”. También se reporta que la paciente sale del quirófano sin actividad muscular, en apnea,<sup>60</sup> intubada. Llevándose a cabo el traslado en ambulancia al Hospital Enrique Cabrera.

**4.5.4.** Nota Médica elaborada el 2 de junio de 2008, de los hechos ocurridos en la atención de la agraviada el 6 y 7 de Octubre del 2007, en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco. Incluye la lista de Médicos que tuvieron relación con la atención de la paciente: Dra. Lili Flores Sánchez (médico pediatra); Dra. Ligia Beatriz Coronado Bonilla (médico gineco-obstetra); Dra. Fanny González González (médico anesthesiólogo); Dr. Ángel Valencia Contreras (Asistente de la Dirección), en ella se asientan dos hechos que a continuación se transcriben:

- a) Cuando se necesitó apoyo para la médica cirujana gineco-obstetra, se tuvo que enviar a un médico interno de pregrado.
- b) No había camillero, por lo que fue la enfermera quien tuvo que pasar a la paciente a sala de quirófano.

**4.5.5.** Nota de Referencia Urgente del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco para enviar a la agraviada al Hospital Dr. Enrique Cabrera. Este documento carece de fecha, pero refiere que el motivo del envío es porque la persona agraviada sufrió un paro cardiogénico y choque hipovolémico. En el renglón donde se solicita que el personal médico anote si se anexan estudios paraclínicos, al respecto se escribió: **“no contamos con laboratorio”**.

**4.5.6.** Dictamen Médico elaborado el 29 de octubre de 2008 por el Dr. Efraín Pineda Guerrero, especialista en Gineco-obstetricia respecto de la atención médica brindada a la agraviada los días 6 y 7 de octubre de 2007 en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco. De este análisis obtenemos las siguientes conclusiones:

<sup>57</sup> Se refiere al cese de las funciones vitales del corazón que ocurre cuando una persona pierde mucha sangre.

<sup>58</sup> Son sustancias que se utilizan para reactivar el funcionamiento del corazón.

<sup>59</sup> El plasma fresco es el componente líquido de la sangre.

<sup>60</sup> Significa que la persona no puede respirar sin ayuda.

Existió una omisión de tipo administrativo al no integrar el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, lo que dio lugar a que se dispusiera únicamente de información aislada, además de un informe médico retrospectivo formulado ocho meses después de ocurrido el caso.

El Dr. Pineda Guerrero detalla que el expediente no se elaboró como lo dispone la Norma Oficial Mexicana 168-SSAI-1998, donde se establece la obligatoriedad de constituir el documento que debe contener los elementos siguientes:

- Hoja de ingreso;
- Consentimiento informado;
- Historia clínica;
- Partograma;
- Exámenes de laboratorio y gabinete;
- Hojas de evolución;
- Hoja quirúrgica con diagnóstico pre y postoperatorio, técnica, hallazgos, complicaciones;
- Hoja de anestesia;
- Nota de evolución postoperatoria inmediata;
- Hojas de enfermería;
- Documento de referencia y contrarreferencia;
- Hoja de egreso.

En el expediente médico de la agraviada solamente se encuentran los siguientes documentos:

- Datos de la atención prenatal,;
- Historia clínica elaborada el 20 de febrero de 2008 (más de 4 meses después del internamiento en el Hospital Xochimilco);
- Resumen médico de fecha 2 de junio de 2008 (8 meses después de la atención obstétrica);
- Hoja de registro y,
- Nota de Anestesiología del 7 de octubre de 2007.

Finalmente, el médico gineco-obstetra concluye que la paciente sufrió daño cerebral irreversible, derivado del proceso de la isquemia y anoxia<sup>61</sup> secundarias al estado de choque. Fue trasladada a otros hospitales para mantener sus condiciones orgánicas e intentar en lo posible su rehabilitación y fue sometida a varias intervenciones quirúrgicas. Finalmente desarrolló complicaciones respiratorias, anemia y desnutrición, que la condujeron a su fallecimiento casi diez meses después del evento obstétrico.

#### **4.5.7. En el mismo Dictamen Médico elaborado por el Dr. Efraín Pineda Guerrero especialista en gineco-obstetricia, quien en su análisis señala lo siguiente:**

Existe responsabilidad institucional por parte del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, por su incapacidad para proporcionar los recursos humanos y los servicios complementarios de apoyo, ya mencionados al final del análisis del

---

<sup>61</sup> La isquemia se refiere a la insuficiencia de irrigación sanguínea al cerebro, lo cual también implica la insuficiencia de oxigenación a este órgano conocida en términos médicos, como anoxia.

caso, indispensables para el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficiente de las pacientes obstétricas.”

Es indispensable hacer referencia a la responsabilidad de orden institucional que corresponde al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, derivada de las múltiples carencias que se observan para la atención de pacientes obstétricas. Es sumamente grave que en esta Unidad Médica no se disponga de los recursos mínimos necesarios que permitan asegurar la salud del binomio materno fetal. Se tiene la impresión de que se trata de un hospital pequeño, destinado a la atención de partos normales, pero en Obstetricia suelen presentarse complicaciones a veces impredecibles para cuya resolución se requiere de la participación de servicios de apoyo complementarios y del equipo biomédico que respalde la actuación de los médicos encargados del tratamiento. Se señalan a continuación las deficiencias hospitalarias observadas en la atención proporcionada a la agraviada:

- No se dispone de laboratorio en el turno nocturno. Se impide por lo tanto obtener los exámenes mínimos que informen sobre la condición general de las pacientes: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo, factor Rh y otros.
- No existe banco de sangre. Grave carencia que se traduce en la imposibilidad de restaurar las pérdidas hemorrágicas severas que pueden conducir al choque hipovolémico.
- Un servicio obstétrico eficiente ya no se concibe en la actualidad sin la disponibilidad de los recursos biomédicos que forman parte del armamentario habitual que se utiliza desde hace muchos años: cardiotocógrafo, ultrasonido obstétrico, registro ultrasonográfico de la frecuencia cardíaca fetal. Dado que en el expediente no se menciona el uso de tales elementos, se deduce que son inexistentes.
- Recursos humanos insuficientes:
  - ✓ El ayudante proporcionado a la ginecóloga para realizar la cesárea fue un interno de pregrado. De haberse requerido una intervención quirúrgica mayor para resolver la atonía uterina, como la ligadura de arterias importantes o una histerectomía, la asistencia a la cirujana debía ser efectuada por otro médico con la experiencia necesaria.
  - ✓ Igualmente, no se contó con un camillero que trasladara a la paciente al quirófano, maniobra que se llevó a cabo por las enfermeras, cuyas obligaciones son por supuesto muy distintas.

**4.5.8** Opinión médica de fecha 9 de marzo de 2009, elaborada por el Dr. Ernesto Rosales Valenzuela, Médico Anestesiólogo, respecto de la atención médica brindada a la agraviada los días 6 y 7 de octubre de 2007 en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, por solicitud de esta Comisión en la que concluye que:

1. La documentación del procedimiento anestésico integral fue deficiente, se elaboró de manera parcial de acuerdo a la normatividad de las normas oficiales respectivas.

2. En este caso con los insuficientes datos en nota de registro anestésico se concluye: error técnico bloqueo insuficiente por inyección de anestésico local a través del catéter, por la probabilidad de obstrucción por acodamiento, nudo o taponamiento, o situación anormal la probable salida por un agujero de conjunción, o lo que se menciona al respecto de la inserción mayor a 3 cm. en el espacio epidural.
3. Fue un error técnico el mantenimiento de la anestesia general balanceada solamente con efectos residuales del tiopental y fentanyl, 0.2%, pero ya sin el efecto del relajante muscular despolarizante succinilcolina, lo que motivó que la paciente recobrara los reflejos protectores laríngeos como deglución y tos y comenzara a despertar rechazando, probablemente, el tubo endotraqueal y se extubara.
4. El hecho de que no se realizara la valoración preanestésica aumentó el riesgo de dificultades en la intubación endotraqueal.
5. La tardanza (se refiere a 4 minutos) para la intubación con aparente dificultad para oxigenación, probablemente fue la causa del paro cardiogénico repentino. No se documentaron las causas en la nota de anestesiología como era obligación del anestesiólogo.
6. Si es posible prever un problema cardiovascular como el paro cardiogénico repentino a través del monitoreo de constantes vitales, electrocardiograma, SPO<sub>2</sub> y adecuada oxigenación durante el transoperatorio. Un colapso cardiovascular siempre está en la mente de un anestesiólogo y siempre se deben tomar las medidas estandarizadas para prevenir un evento catastrófico de tal naturaleza.
7. No se documentaron las causas de la extubación endotraqueal, sin embargo, es probable que se debió a probable anestesia superficial.
8. Por todo lo anterior, se considera que en el presente caso **hubo mala práctica médica en la atención anestesiológica a la agraviada**, lo que conllevó a lesión neurológica severa.
9. Finalmente, del análisis del expediente clínico de la agraviada en el Hospital Materno Pediátrico en materia de anestesiología se detectaron otros problemas, tales como que dicho expediente está incompleto, falta personal de laboratorio e intendencia; la unidad no cuenta con médicos residentes en Gineco-obstetricia, sólo internos de pregrado; ni con reserva de paquetes globulares; el resumen de la médico gineco-obstetra es tendencioso, ponderando diagnóstico y procedimiento quirúrgico y resaltando los aspectos negativos de Anestesiología. Estos problemas más todo lo anterior me hace concluir finalmente que a la agraviada no debió ni siquiera haberse sometido al riesgo de una cesárea en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco sino en otro que contara con los recursos suficientes para tal efecto.

**4.5.9.** Resultado de Estudio Radiológico de fecha 7 de octubre de 2007 elaborada en el Hospital Enrique Cabrera para la agraviada. En ellas se informa que al haber solicitado radiografía antero posterior<sup>62</sup> de tórax, **no hubo químico de revelado para contar con esa imagen.**

**4.5.10.** Escrito de Queja remitido el 13 de junio de 2008 por el Módulo de Atención, Orientación y Quejas Ciudadanas del diputado asambleísta Daniel Ramírez del Valle, en el cual se transmite el malestar del ciudadano Omar Antonio Rangel Hernández, esposo de la persona agraviada refiriendo que:

El pasado 6 de octubre del 2007, la señora [...] fue víctima de negligencia médica en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco.

En dicho hospital, la señora Martínez Vázquez acudió para ser atendida de su parto, el cual se realizó de manera natural; sin embargo, durante el mismo presentó diversas complicaciones teniendo que ser intervenida por cesárea. En esa operación le ocasionaron el rompimiento del útero, teniendo como resultado un choque hipovolémico, causándole éste la pérdida de 2 litros de sangre, ocasionándole también un paro cardio respiratorio derivado del cual hasta la fecha presenta discapacidad total a causa de una lesión cerebral irreversible.

**4.5.11.** Carta de Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, de fecha 7 de octubre de 2007. En este documento se asentó el nombre del peticionario, con nombre y huella digital de la agraviada, así como nombre y firma del esposo de la agraviada y de dos testigos.

**4.5.12.** Hoja de Consentimiento para realizar TAC de cráneo simple y contrastada de fecha 9 de octubre de 2007, realizada en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera. En este documento se asentó el nombre de la agraviada, firmado por la doctora y por el esposo de la agraviada. Esta hoja está personalizada con la información específica de la paciente, así como del procedimiento médico que habrían de llevar a cabo.

**4.5.13.** Carta de Consentimiento Anestésico Informado del Hospital de Especialidades Médicas Dr. Belisario Domínguez, de fecha 14 de diciembre de 2007, firmado por el responsable de la agraviada; del médico anesthesiólogo que valora y por el médico anesthesiólogo que realiza el procedimiento anestésico, con la finalidad de aplicarle anestesia general.

**4.5.14.** Carta de Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento del Hospital de Especialidades Médicas Dr. Belisario Domínguez, de fecha 8 de enero de 2008 realizada anotándose el nombre de la agraviada y firmado por el responsable de la paciente y un testigo.

---

<sup>62</sup> Indica que la radiografía debe tomar la imagen frontal y posterior del tórax.

**4.5.15.** Carta de Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento sin referencia de la Unidad Médica, sin la fecha en la que se suscribe, ni las firmas. Únicamente cuenta con los nombres de la agraviada y de su esposo así como las huellas digitales, de las que se supone que pertenecen a ambos.

**4.5.16.** Acta circunstanciada de fecha 11 de julio de 2008, en la que personal de este Organismo se entrevistó personalmente con el esposo de la agraviada; quien manifestó los siguientes hechos:

- Pasados aproximadamente dos meses, tiempo en el que su esposa permaneció internada y supuestamente estabilizada en el Hospital Enrique Cabrera, fue dada de alta. El esposo de la agraviada le indicó al personal del Hospital que desconocía la forma de atenderla, sin embargo el personal médico del hospital le informó clara y detalladamente que de los estudios que le fueron practicados a su esposa y de su diagnóstico médico ya no había más que hacer por ella.
- Gracias a diversas gestiones realizadas de manera personal, su esposa fue referida al Instituto Nacional de Neurología, donde después de realizarle una serie de estudios le indicaron que médicamente ya no había nada que hacer por ella, toda vez que su daño neuronal era irreversible por lo que lo único que podían hacer por ella era remitirla al Instituto Nacional de Rehabilitación a fin de que en ese lugar le brindaran atención médica.
- La Secretaría de Salud del Distrito Federal nunca se le acercó para brindarle algún apoyo derivado de la negligencia médica con la que actuaron los médicos del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco.
- Los días posteriores inmediatos a su alta del hospital, personal de un Centro de Salud cercano a su domicilio acudía para verificar la salud de su familiar; sin embargo, poco tiempo después dejaron de ir con el argumento de que ya nada se podía hacer por ella.
- [...] que a pesar de lo anterior, en ningún momento se le brindó información clara y detallada sobre el estado de salud de su esposa, en particular sobre la gravedad de la misma, sino la información que le proporcionaba era únicamente utilizando terminología médica que por supuesto él desconocía” (lo anterior sobre lo sucedido en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco). Fue hasta que llegó su esposa al Hospital “Enrique Cabrera” que conoció la gravedad del estado de salud de su esposa.

**4.5.17.** Acta circunstanciada sobre la visita realizada el 16 de julio de 2008 al domicilio de la persona agraviada, que llevó a cabo personal de este Organismo, estando presente su esposo con el propósito de verificar el estado de salud de esta persona y las condiciones en las que se encontraba ese lugar. Al dialogar con la suegra de la víctima, aclaró que en esos momentos su nuera se encontraba internada en el Hospital de Especialidades Médicas Dr. Belisario Domínguez, ya que presentaba llagas infectadas en la parte trasera de su cuerpo y que se le había desconectado una sonda de su cuerpo. La suegra de la agraviada agregó

también que: “anteriormente, personal de los Centros de Salud más cercanos a su domicilio acudían constantemente a su domicilio para verificar el estado de salud de su nuera y también realizarle diversas curaciones que requería; no obstante, dejaron de acudir repentinamente con el argumento de que por su familiar ya no había nada más que hacer sino esperar a que ésta se muriera”. La señora considera que su familia no tiene la capacitación ni los recursos para atender a la agraviada como se requiere.

**4.5.18.** Acta circunstanciada de fecha 16 de julio de 2008, en la que personal de este organismo se presentó en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco a fin de solicitar copia simple y/o certificada del expediente clínico de la agraviada relacionado con los hechos acontecidos el 6 de octubre del 2007 a fin de de cotejar y corroborar que el expediente clínico que obraba en el hospital mencionado era el mismo del cual se habían enviado copias simples a este Organismo en días pasados.

Lo anterior en virtud de que una vez que el personal médico de este Organismo, previa solicitud de personal de esta Comisión, revisó las copias simples aludidas del expediente clínico y determinó que éste se encontraba incompleto, es decir, no se encontraba apegado a lo señalado por las normas oficiales NOM-007-SSA2-1993 relacionado con la atención a la mujer durante el embarazo, parto puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, así como la norma oficial NOM-168-SSAI-1998 denominada del expediente clínico.<sup>63</sup>

El visitador adjunto quien realizó la visita refiere que le fue entregada una copia simple del expediente clínico certificado constante en cuatro fojas, las cuales revisó y se percató que eran las mismas que ya obraban en expediente de queja. Así mismo, que la servidora pública secretaria del Director del Hospital (de nombre Alejandra) mencionó que el expediente original y completo se encontraba en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera ya que la paciente sólo permaneció unas horas en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco y había sido trasladada.

De acuerdo con el Visitador Adjunto de este Organismo hacen falta en el expediente clínico la hoja del consentimiento informado, la hoja de ingreso, hoja de Partograma, ni valoración preanestésica entre otros, también se encontró que en el mismo expediente clínico no obra la nota médica inicial de Urgencias de fecha 30 de agosto del 2007, en ella el nombre y la firma del médico que atendió a la agraviada es ilegible, la cual fue proporcionada por el peticionario y se encuentra en el expediente de la queja.”

**4.5.19.** Solicitud de medidas precautorias realizadas por personal de la Segunda Visitaduría de la CDHDF mediante oficio número 2-11782-08 del 21 de julio de 2008, en las cuales se solicitó:

---

<sup>63</sup> Las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud son las regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedida por la Secretaría de Salud Federal que tienen el objeto de instruir cómo debe ser impartido el servicio de salud pública en sus distintas especialidades.

a) En coordinación con los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se realizaran a la mayor brevedad posible, las acciones necesarias con personal de enfermería y/o médicos capacitados de los distintos Centros de Salud de la Delegación Xochimilco, para que acudiesen al domicilio de la persona agraviada, para que realizaran las curaciones de las lesiones que presentaba en su cuerpo, verificando las condiciones que presentaban las diversas sondas que le colocaron en su cuerpo.

b) Se realizaran diariamente las visitas de asistencia médica, para evitar que las lesiones que presentaba se volviesen a infectar y/o se desconectarán las sondas que tenía colocadas en su cuerpo.

**4.5.20.** Oficio de respuesta a la solicitud de medidas precautorias número DAM/1815/08 de fecha 31 de julio de 2008 signado por el Dr. Francisco Osuna Sánchez, Director de Atención Médica de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en el cual se informa que el día 23 de julio de 2008, se envió a la Dra. María Mercedes Martínez Zavala y a la enfermera Sandra Verónica Hernández Ríos, pero no encontraron a nadie que les proporcionara información sobre la persona agraviada; sin embargo, un vecino les informó que la víctima había fallecido dos días antes de la visita.

**4.5.21.** Informe cronológico de la atención proporcionada a la agraviada por personal que labora en el Centro de Salud Xochimilco, de la Jurisdicción Sanitaria perteneciente a esa Delegación, de fecha 12 de agosto de 2008, elaborado por el Dr. Jesús Rivas Alcántara. Es importante mencionar que este servidor público no mencionó el cargo que desempeña en ese Centro de Salud:

- 31-mayo-07. La Dra. Eleonora Funes hizo una exploración física y un interrogatorio a la agraviada. El diagnóstico fue Embarazo del 2do trimestre, sana, con dinámica familiar estable. La doctora solicitó a la paciente exámenes de laboratorio prenatales y observó que la paciente contaba con Cartilla de la Mujer.
- 20-agosto-07. Acudió a control prenatal y fue vista por la médico pasante de Servicio Social (MPSS) quien realizó exploración física y un interrogatorio; presentó contracciones indoloras y leve dolor suprapúbico.<sup>64</sup> Se le diagnosticó Embarazo de 37.4 semanas de gestación. La MPSS le dio pase de referencia al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco.
- 27-noviembre-07. La enfermera Leticia García A. realizó la visita para corroborar vacunas de la hija de la agraviada. La suegra de la agraviada le informó que la señora Natividad se encontraba en estado de coma y que el bebé nació el día 6 de octubre de 2007. La enfermera proporcionó orientación sobre los cuidados que debían tener con la paciente y canalizó el expediente al servicio de trabajo social para visitas próximas.

---

<sup>64</sup> Localizado por arriba de la síntesis del pubis.

- 6-febrero-08. Visita domiciliaria realizada por la trabajadora social Alma Reza P. a solicitud de la enfermera Leticia García. Se encontró a la señora Natividad Martínez Vázquez en estado de coma por hemorragia uterina en el momento del parto. Se entrevistó con el esposo de la agraviada, quien informó que el día 6 de octubre del 2007 ingresó al hospital Materno Pediátrico Xochimilco para ser atendida de parto, en buen estado de salud y no presentaba complicación alguna del embarazo. Personal de dicho hospital le informó que sería parto normal, más tarde le avisaron que le practicarían una cesárea debido a complicaciones en el parto. Aproximadamente 2 horas después, le informan que la paciente sería trasladada al Hospital General Dr. Enrique Cabrera ya que se había complicado la cirugía y la señora estaba grave.

En el Hospital Enrique Cabrera le informaron que la agraviada había tenido daño neurológico debido a la hemorragia que presentó y que el daño era permanente. Estuvo hospitalizada aproximadamente un mes, tiempo en el que lo capacitaron para que en su domicilio, le realizaran limpieza de las diferentes sondas que ella tenía en su cuerpo. Se comenta que en la próxima visita, acudirá un médico del centro de salud para realizar una revisión a la señora Natividad.

- 20-febrero-08, La Dra. Herlinda Chávez y la TS. Alma Reza llevaron a cabo visita domiciliaria. La doctora realizó la historia clínica que concluyó con los diagnósticos de: a) Estado de Coma secundario a Hipoxia Cerebral<sup>65</sup> secundario a Choque Hipovolémico secundario a Hemorragia Severa; b) Infección aguda de Vías Aéreas Inferiores, alto riesgo de Neumonía Postural; Paciente Terminal. El pronóstico se indicó malo para la vida y la función.

Se prescribió medicina para la infección por vía de sonda y se indicó continuar con los cuidados especiales para paciente comatoso y terminal.

El esposo de la agraviada refirió que un terapeuta físico y de rehabilitación asiste dos veces por semana para darle terapias a la agraviada; que compraron una cama de agua para evitar llagas en el cuerpo de su esposa. La Trabajadora Social (TS) Alma Reza orientó al señor acerca del cuidado de sus hijos de 8 años y 3 años, ya que se asustan de ver a su mamá en esas condiciones. El bebé recién nacido nació sano y lo cuidan familiares en otro domicilio.

Se les informa también de visitas posteriores.

- 28-febrero-08, La TS Alma Reza realizó esta visita para darle seguimiento de caso y verificar la continuidad del tratamiento médico. Se entrevistó con la suegra de la paciente, quien informó que continúa estable ya que con el tratamiento médico mejoró y disminuyó la secreción verdosa.

También informó que ya no acude el terapeuta por falta de recursos económicos, pero que éste le enseñó la forma de realizarle los ejercicios a su

---

<sup>65</sup> El término técnicamente se refiere a la falta de suministro de oxígeno a los hemisferios cerebrales (la parte exterior del cerebro), sin embargo, típicamente se suele utilizar más para referirse a la falta de suministro de oxígeno a todo el cerebro.

nuera quien se encuentra en cama de agua a fin de evitar lesiones. La Trabajadora Social le indicó continuar con los cuidados. Informó de visita posterior.

- 21-abril-08, Realizada por TS Alma Reza para darle seguimiento al estado de salud de los hijos de la agraviada pues en días pasados la abuelita los llevó a consulta al centro de salud porque estaban enfermos de las vías respiratorias. En esta visita también se presentó la enfermera Leticia García, para dar seguimiento de PROVAC (Programa de Vacunación Universal) pues a la hija de la paciente le faltaba una dosis de vacuna DPT, la abuelita informó que la niña está en tratamiento médico pero que en cuanto lo termine acudirá al centro de salud para que le vacunen.

“Se le interrogó sobre el estado de salud de la agraviada, ella continúa estable y que se le hicieron escaras en región glútea. Ambas, la enfermera y la trabajadora social ayudaron a cambiar de posición a la agraviada y realizaron limpieza y desinfección de las escaras. Se orientó a la familia sobre el manejo y cuidados de las mismas. Se les informa que en cuanto sea posible los visitarán de nuevo.”

- 14-mayo-08, Visita de seguimiento realizada por la TS Alma Reza, quien se entrevistó con el hijo mayor de la agraviada, éste informó que su mamá se encontraba estable. Se informó que posteriormente haría otra visita. A este reporte, se agrega una Nota de la Trabajadora Social Alma Reza, fechada el 14 de mayo de 2008, contenida en el Expediente Clínico Individual de la agraviada, de la Unidad de Salud III Xochimilco. En esta nota, la TS con letra manuscrita reporta que ese día tuvo otras actividades en la comunidad, y que le quedaba de paso el domicilio de la paciente,<sup>66</sup> por lo que procedió a tocar la puerta, reporta que el hijo mayor de la agraviada responde que su mamá está bien, por lo que la trabajadora social le informa que próximamente le hará otra visita.

- 23-julio-08, Visita domiciliaria realizada por la Dra. Ma. Mercedes Martínez Zavala y la enfermera Sandra Verónica Hernández Ríos, acudieron al domicilio de referencia no encontrando a algún familiar que pudiera proporcionar información. Un vecino informó que hace una semana fue hospitalizada y que hace dos días falleció la agraviada.

**4.5.22.** Acta de inicio y radicación de fecha 8 de agosto de 2008 del acta administrativa número CI/SSA/D/0071/2008 ante la Contraloría Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la cual se indaga la probable responsabilidad administrativa en la que incurrieron las y los médicos que atendieron a la persona agraviada. Actualmente continúa integrándose la investigación sobre estos hechos.

---

<sup>66</sup> Como se explicará más adelante, en la Unidad de Salud número III de la Delegación Xochimilco, se tenía el conocimiento de que la persona agraviada tenía una discapacidad cerebral que la tenía postrada en cama sin poderse mover; sin embargo, no se le dio continuidad a la ayuda que necesitaba.

**4.5.23.** Expediente de Averiguación Previa FSP/B/T1/1772/08-08 iniciada por el esposo de la persona agraviada en la Fiscalía para Servidores Públicos el 28 de agosto de 2008 por la probable comisión del Delito de Responsabilidad Profesional en contra de las y los médicos del Hospital Materno Infantil de Xochimilco que atendieron a la persona agraviada, la cual continúa integrándose.

**4.6 Caso 6. Sobre inaccesibilidad al servicio de atención médica materno infantil a tres mujeres embarazadas, debido a la carencia de personal.**

**4.6.1.** Acta circunstanciada de fecha 21 de septiembre de 2008 elaborada por personal de la Dirección de Quejas y Orientación de la CDHDF, en la que un peticionario por vía telefónica se comunicó a este Organismo para presentar una queja y referir que:

El día de hoy, desde las trece horas, en los hospitales Materno Infantil de Xochimilco y de Topilejo del Gobierno del Distrito Federal, no había médicos ginecólogos para atender los partos que se presentaran y en el Hospital Belisario Domínguez sólo hay un médico para atender a las mujeres que se encuentran por dar a luz. Mi esposa, de veinte años y las señoras [...] de 19 años y otra [...] de 17 años de edad, se encuentran en trabajo de parto y no se les ha brindado la atención médica que requieren en su estado.

**4.6.2.** Oficio MPQ-Q-1419-08, de solicitud de medidas Precautorias, de fecha 20 de septiembre de 2008, dirigido al Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, en el que se solicita que se tomen las medidas precautorias adecuadas y suficientes a fin que:

Se giren instrucciones pertinentes al personal médico del Hospital Belisario Domínguez, para que de manera inmediata valoren y certifiquen adecuada y profesionalmente a las agraviadas, a efecto de que se les brinde la atención médica de urgencia que requieren; así mismo, en el caso de no contar con camas disponibles o personal médico para atenderlas, se realicen las gestiones correspondientes para trasladarlas a la institución médica que su estado de salud requiera.

**4.6.3** En el oficio D/460/08 de fecha 22 de septiembre de 2008, en el cual el Director del Hospital Belisario Domínguez da respuesta a las medidas precautorias, afirmando que:

Las pacientes en cuestión fueron atendidas todas, por la única ginecóloga que se encontraba en el servicio; desafortunadamente no con la premura que debiera por la circunstancia de tener que atender además de las pacientes en consulta, los eventos obstétricos tanto de atención a partos como de realización de cesáreas, la agraviada F1 fue recibida a las 16:55 y atendida a las 00:35 horas donde fue encontrada sin datos de actividad uterina ni urgencia obstétrica, por lo cual se dan indicaciones de signos de alarma y de acudir a su Hospital General correspondiente, la misma situación se presentó con la agraviada F3. En el caso de la agraviada F2 el día de hoy a las 07:50 ingresó al área de labor.

**4.6.4.** Opinión médica del 22 de diciembre de 2008, en el cual el médico visitador de la Segunda Visitaduría de la CDHDF, determina en relación con este caso, lo que a continuación se transcribe:

En relación con el caso de las agraviadas F1, F2 y F3, afortunadamente los retrasos en la atención médica no generaron mayores complicaciones en las mujeres parturientas así como en la salud y en la vida de sus recién nacidos. Sin embargo, si se presentó una queja de esta índole, en el que se señala a tres personas como afectadas al mismo tiempo, es señal de alarma de la carencia de recursos y personal médico en los Hospitales Materno Infantiles que puede generar casos graves de impericia que afecten la vida de las mujeres parturientas y de sus hijas e hijos recién nacidos.

Los Hospitales Materno Infantiles deben de contar con el personal suficiente y calificado para dar atención a los casos que se presenten, así como tener la capacidad de resolver las probables complicaciones que puedan suceder.

Es indispensable que el personal este sensibilizado para atender dignamente a los pacientes, con accesibilidad y garantizar sus derechos.

Sería adecuado establecer medidas preventivas mediante las cuales se aseguren que ningún horario quede desprovisto de personal dentro del hospital, para que los pacientes reciban una adecuada atención médica como consulta externa, urgencias, así como realización de cirugías programadas y de carácter urgente.

Es necesario que cuenten con laboratorios disponibles las 24 horas para efectuar los análisis necesarios para las pacientes. Tener dentro de cada Hospital Materno Infantil un banco de sangre que permita administrar productos hematológicos inmediatamente a los pacientes que lo requieran.

Considero importante que se cuente con el material necesario y suficiente para la atención de la cantidad pacientes que se reciben en promedio.

Es pertinente que cumplan con las normas sanitarias establecidas, para evitar infecciones nosocomiales.

Es importante que todas las áreas cuenten con iluminación adecuada, como son entradas, sala de espera, consultorios, área de choque, laboratorios, banco de sangre, quirófanos, entre otros.

Con todo lo anterior se llevará a cabo una atención médica con calidad, digna, respetuosa para el paciente y garantizar su derecho a la salud.

#### **4.7 Caso 7. Sobre falta de accesibilidad al servicio de atención médica en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta en agravio de tres mujeres, por carencia de personal.**

**4.7.1** Acta circunstanciada realizado por personal de la Dirección de Quejas y Orientación de la CDHDF de fecha 18 de octubre de 2008 en la cual se reporta

que una peticionaria se comunicó vía telefónica a este Organismo para presentar una queja, señalando que:

En virtud de que su nuera de 16 años de edad (agraviada G1) va a dar a luz, acudieron al Hospital Materno Infantil de Milpa Alta donde de inicio se negaron a atenderla, con el argumento que no había médico ni anestesiólogo. Después de que la propia peticionaria exigió la atención, ingresaron a la agraviada para brindarle atención médica, por lo que actualmente se encuentra en la sala de labor.

Desea que esta Comisión investigue el servicio negligente e ineficiente que se está prestando en el hospital, ya que por la negativa de atención médica hace aproximadamente tres horas, una señora (agraviada G2 de quien desconoce sus datos) dio a luz en el consultorio del nosocomio, pero el bebé falleció porque nació sin que se le prestara atención médica. Asimismo, el esposo de otra paciente se puso mal de salud porque discutió con los médicos para que atendieran a su esposa.

**4.7.2** Acta circunstanciada de fecha 19 de octubre de 2008 a las 00:10 horas, en la que otra peticionaria se comunica con este Organismo para señalar que:

Es madre de la agraviada G2 quien dio a luz en un consultorio del Hospital Materno Infantil Milpa Alta, y cuyo bebé falleció porque nació sin que se le prestara la atención médica necesaria.

Así mismo precisó que el día 18 de octubre del año en curso, su hija empezó a sangrar, por lo que supusieron que ya iba a dar a luz, situación por la que aproximadamente a las catorce horas con treinta minutos, la llevaron al referido hospital, donde un médico (posteriormente proporcionará su nombre) le indicó que todavía faltaba tiempo para que el bebé naciera, por ello, le recomendó que regresara a su casa y permaneciera en reposo. Sin embargo, al regresar a su casa, los malestares continuaron y tuvo dolores más intensos, por lo que fue revisada por un médico particular y por otro de los genéricos quienes le recomendaron regresar al hospital. Siendo aproximadamente las veinte horas con treinta minutos de ese mismo día dieciocho de octubre, nuevamente llevó a su hija al hospital y mientras esperaba ser atendida pasó al baño; momento en el que empezó a sangrar más. Por esto, de inmediato, se metieron en uno de los consultorios del nosocomio y solicitaron la atención, por lo que salió un médico y a sus familiares y a ella les indicó que subieran a su hija a la camilla. El médico le ordenó que le bajara el pantalón a su hija, pero como ya el bebé estaba afuera, dicho servidor público ya no hizo nada, y sólo permaneció observando cómo salía el bebé. Posteriormente, les dijeron que el bebé falleció.

**4.7.3** Acta circunstanciada de fecha 19 de octubre de 2008, en la que dos visitadores adjuntos acudieron a las instalaciones del Hospital Materno Infantil Milpa Alta, donde solicitaron información sobre la atención médica que se les prestó a las agraviadas G1 y G2. En dicho hospital se entrevistaron con el doctor Salvador Elizalde Gutiérrez, médico de guardia quien pidió que hablaran con el asistente de la Dirección, el doctor Eduardo Irad Amerre, quien les refirió que:

Constantemente les es muy difícil prestar el servicio médico porque no hay personal suficiente, incluso en esa guardia faltó a trabajar el médico ginecólogo porque le dieron su día libre, y el médico anesthesiólogo llegó tarde a trabajar. Además de ello comentó que en algunas ocasiones él funge como anesthesiólogo o como ginecólogo para atender casos urgentes.

**4.7.4** Acta circunstanciada realizada a las 03:30 horas el 19 de octubre de 2008, en la que dos visitantes adjuntos acudieron a las instalaciones del Hospital Materno Infantil Milpa Alta, donde se entrevistaron con la agraviada G2 quien manifestó que:

Su bebé nació de forma intempestiva y sin atención médica debido a que se negaron a atenderla desde la tarde cuando acudió porque ya tenía sangrado y dolores intensos en el abdomen.

**4.7.5** Acta circunstanciada realizada a las 04:00 horas del 19 de octubre de 2008, en la cual se asentó que se acercó a los visitantes adjuntos el esposo de la agraviada G3, para referirles que:

El día 17 de octubre de 2008, aproximadamente a las 17:00 horas, acudió a ese hospital para que revisaran a su esposa (agraviada G3), quien presentaba 39 semanas de gestación y padecía fuertes dolores en el abdomen; sin embargo, el personal del nosocomio le informó que le faltaba para dar a luz, por lo que le pidieron que regresara más tarde para ser atendida.

A las 22:15 del mismo día, regresó al referido hospital para que nuevamente revisaran a su familiar, pero los médicos se negaron a atenderla, y le indicaron que no tenían posibilidades para asistirle en el parto porque no había ni anesthesiólogo ni pediatra, por lo que le sugirieron buscar otro hospital. Debido al estrés que le generó la falta de asistencia médica para su esposa, el peticionario se desmayó en uno de los consultorios del hospital, ocasionándose dos lesiones pequeñas en el rostro. Al ver esta situación, los médicos accedieron a prestar la atención médica necesaria a su esposa y a él le suturaron sus heridas. Desea precisar que su esposa fue atendida después de treinta minutos, situación que puso en riesgo su vida y la de su bebé.

**4.7.6** Resumen Clínico acerca de la agraviada G1 y su hija recién nacido, elaborado por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, elaborado el día 29 de octubre de 2008 con número de oficio: HGMA 799/08:

En la valoración inicial de la paciente a las 14:50 horas del 17 de octubre de 2008, no se encontró en trabajo de parto ni con sangrado por lo que se envió a su domicilio con la indicación de reposo y regresar al hospital en caso de que se presentaran las molestias referidas y no encontradas durante la revisión. La misma peticionaria refiere que la paciente volvió a presentar molestias por lo que fue llevada con otros médicos en lugar de presentarse a la unidad hospitalaria. El domicilio de la paciente se encuentra en Santana Tlacotenco, comunidad que se encuentra a 20 minutos de la unidad hospitalaria. Se presentó al hospital por segunda ocasión hasta las 21:50 horas, 7 horas

después de la revisión inicial, en donde al ser revisada se encuentra en período expulsivo con producto en presentación pélvica obteniendo un recién nacido que tenía 27 semanas de gestación, con peso de 1 750 gramos, en malas condiciones por su inmadurez extrema y enfermedad de membrana hialina severa<sup>67</sup> sin respuesta a las maniobras de reanimación cardio pulmonar.

La peticionaria agredió física y verbalmente al médico que le otorgó la atención a la paciente en el turno vespertino según consta en el propio expediente.

**4.7.7 Resumen clínico acerca de la agraviada G2 y su hijo recién nacido, elaborado por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, el día 29 de octubre de 2008 con número de oficio: HGMA 796/08:**

La paciente fue valorada en el turno matutino y vespertino, turnos en los que se contaba con ginecólogo, pediatra y anestesiólogo; ingresó a la unidad de tococirugía cuando contaba con los criterios clínicos para su ingreso. En el turno nocturno no se contó con ginecólogo pero el trabajo de parto evolucionó sin problemas aparentes ya que de haber sido el caso y en ausencia de ginecólogo, el responsable de guardia hubiera realizado las acciones pertinentes para el traslado de la misma o realizar la cesárea en su carácter de cirujano general.

Con relación a que la señora dio a luz en el consultorio pero falleció el bebé debido a que nació sin que se le prestara atención médica, es importante aclarar que se trató de recién nacido de 27 semanas de gestación atendido por el médico de urgencias y reanimado por el médico pediatra de la guardia nocturna que por la prematurez extrema no respondió a las maniobras de reanimación.

**4.7.8 Resumen clínico acerca de la agraviada G3, su esposo y su hijo recién nacido, elaborado por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, elaborado el día 29 de octubre de 2008 con número de oficio: HGMA 798/08:**

El médico de urgencias informa que la paciente fue revisada y durante la guardia se contó con anestesiólogo y pediatra.

El desmayo del esposo es algo no previsible y multicausal, se otorgó la atención pertinente.

El médico es quien determina el momento de ingreso a la paciente a la unidad toco quirúrgica tomando en consideración criterios de internamiento tales como dilatación cervical, frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina, posibilidades de parto vaginal o de cesárea, etc.. El embarazo, parto y puerperio son situaciones de riesgo y el personal de salud valora la presencia de factores de riesgo y en base a los mismos determina la conducta a seguir.

La paciente fue valorada en el turno matutino y vespertino, turnos en los que se contaba con ginecólogo, pediatría y anestesiólogo, ingresó a la unidad toco

---

<sup>67</sup> Enfermedad que presentan los recién nacidos prematuros. Caracterizada por una expansión imperfecta de los pulmones lo que ocasiona insuficiencia respiratoria.

quirúrgica cuando contaba con los criterios clínicos para su ingreso. En el turno nocturno no se contó con ginecólogo.

**4.7.9. Opinión médica del 22 de diciembre de 2008, en la cual el médico visitador de la Segunda Visitaduría de la CDHDF, determina lo que a continuación se transcribe:**

Con relación a la queja de las agraviadas G1 y G2, las cuales refieren que por causa de una atención médica retardada fallecieron sus productos, es necesario señalar lo siguiente:

El informe médico en relación con la agraviada G1 médicas señala que la paciente fue valorada en el turno matutino y vespertino, se ingresó a sala toco quirúrgica cuando contaba con criterios para su ingreso. El recién nacido contaba con apenas 27 semanas de gestación, por lo que era casi imposible que sobreviviera.

Referente a la señora agraviada G2 que dio a luz en el consultorio y el bebé falleció, el informe médico refiere que se trataba de un producto de 27 semanas de gestación atendido por el médico de urgencias, reanimado por el médico pediatra de la guardia nocturna que por la prematurez extrema no respondió a maniobras de reanimación.

Considero que la atención prestada a las pacientes fue adecuada, ya que el médico determina bajo criterios establecidos en qué momento las pacientes deben de ser internadas y valorar su estado de salud así como la situación de las pacientes para otorgarles el tratamiento adecuado.

En relación con la queja de la agraviada G3, la cual refiere que acudió al hospital y le mencionan que le faltaba tiempo para dar a luz, posteriormente regresa a las 22.15 hrs., y los médicos se negaron a atenderla por que no existía anesthesiólogo ni pediatra. Debido al estrés del peticionario se desmayó. Precisa que su esposa fue atendida después de 30 minutos, lo cual puso en riesgo su salud y la de su bebé.

Considero que la atención médica fue adecuada y oportuna, el resumen enviado por el director menciona que existía anesthesiólogo y pediatra. Se llevó a cabo el trabajo de parto sin complicaciones, tanto la madre como el producto se encontraron el buen estado.

Por otra parte, el ingreso de la paciente embarazada a la unidad toco quirúrgica la determina el médico mediante criterios establecidos. Con referente al desmayo del esposo considero que fue una situación multicausal, y el informe menciona que recibió atención pertinente.

Concluyo que no hay datos de impericia médica en estos tres casos; sin embargo, es necesario acondicionar con más y mejores recursos a los hospitales materno infantiles de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como aumentar el personal médico, para evitar complicaciones que impliquen impericias, debido a la alta demanda de usuarias del servicio.

## **5. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN.**

### **5.1 Prueba de hechos a partir de las evidencias.**

#### **5.1.1. Prueba de la negligencia médica.**

##### **5.1.1.1. Prueba de la negligencia médica en el caso 1**

**5.1.1.1.1.** En las notas médicas del expediente clínico se observa que la peticionaria arribó al hospital desde el 22 de noviembre. El 25 de noviembre, a las 11:45 horas se realizaron estudios a la agraviada en los que se mostraba sufrimiento fetal. A pesar de lo anterior, la decisión médica no consistió en inducir el parto, por el contrario, las indicaciones giraron en torno a la administración de medicamento a fin de inhibir el trabajo de parto.

**5.1.1.1.2.** Casi una hora después, se cambia la decisión al detectar que al inhibir el parto solamente se estaba agravando el sufrimiento del feto, por ello se determina llevar a cabo la cesárea y se preparó a la persona agraviada para ingresar al área de tococirugía; sin embargo, la decisión errónea de inhibir el trabajo de parto, tuvo implicaciones colaterales, toda vez que la agraviada debió esperar para su atención, pues hubo que atender de emergencia a otra mujer quien había sufrido el rompimiento del útero y por consecuencia, se encontraba en peligro de fallecer. Como este hospital contaba únicamente con un equipo quirúrgico y en ese momento solamente tenían una gineco-obstetra, la cesárea inició seis horas con treinta minutos después de que se registró por primera vez el sufrimiento fetal, es decir, a las 18:20 horas. A las 20:00 horas se extrajo neonato femenino flácido y con problemas cardíacos y respiratorios, con datos de infección.

**5.1.1.1.3.** La opinión técnica de médico especialista en gineco-obstetricia consultado por la CDHDF, nos refleja que la atención brindada a la peticionaria agraviada por parte de los médicos del Hospital de Especialidades Médicas Dr. Belisario Domínguez el 25 de noviembre de 2006, fue deficiente y sin apego a las normas y procedimientos establecidos de la práctica médica, toda vez que el médico tratante incurrió en mala práctica al administrar inhibidores de las contracciones, ya que en esos momentos (a las 11:45 horas), se debió interrumpir el embarazo mediante cesárea con base en la ausencia de actividad uterina y a datos de hipoxia fetal.

**5.1.1.1.4.** De los estudios realizados a la paciente y de las notas médicas se percibe que durante un lapso de 7 horas el sufrimiento fetal se agravó; en ese lapso se debió realizar la cesárea antes de que se complicara el cuadro, aún habiendo un médico gineco-obstetra. Es decir, que los médicos que atendieron a la agraviada incurrieron en negligencia médica al no interrumpir el embarazo en tiempo adecuado, lo cual desencadenó en parálisis cerebral infantil.

**5.1.1.1.5.** El dictamen médico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, determinó que tanto la muerte cerebral como la infección de la herida quirúrgica de la cesárea realizada a la persona agraviada, eran daños o alteraciones en la salud no atribuibles a personal médico.

Sin embargo, en esta aseveración, los médicos de la PGJDF hacen una afirmación sin considerar los tiempos de espera que le impusieron a la paciente, generando las complicaciones que, en un principio no se observaban, como es el caso del sufrimiento fetal.

Aunado a lo anterior, tampoco hacen una ponderación sobre cuál era la mejor decisión cuando a las 11:45 horas del día 25 de noviembre de 2006, se detectó que el producto estaba presentando sufrimiento fetal. Al respecto, se encuentra la *Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2- 1993, sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la atención del servicio*,<sup>68</sup> la cual establece en el numeral 5.3.2.3, que el manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza del parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

Esta indicación nos da a entender que ante la amenaza de un parto prematuro, los médicos deben procurar maduración de los pulmones del feto; no obstante lo anterior, al analizar los Lineamientos Técnicos para una Cesárea Segura, publicados por la Secretaría de Salud Federal,<sup>69</sup> establecen que si confluyen los factores de sufrimiento fetal, la ruptura prematura de membranas y una edad fetal entre 29 y 32 semanas, se recomienda como conducta obstétrica, proceder a la cesárea, para entonces realizar el manejo adecuado del recién nacido prematuro, con el propósito de salvarle la vida fuera del útero materno.

**5.1.1.1.6.** La CDHDF está consciente de que el agente del Ministerio Público Investigador resolvió el no ejercicio de la acción penal por los actos aquí denunciados. Sin embargo, tomando como referencia que el único y principal considerando que tomó en cuenta el Ministerio Público para resolver el no ejercicio de la acción penal, fue la opinión de su médico perito, la cual ignoró el hecho de que la decisión de retardar el alumbramiento provocó el sufrimiento del feto y la posterior lesión cerebral irreversible que le afectó hasta su muerte, permite a este Organismo señalar la responsabilidad objetiva y directa del Estado por la presente violación a los derechos humanos de la agraviada y de su hija recién nacida.

### **5.1.1.2. Prueba de la negligencia médica en el caso 2.**

<sup>68</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

<sup>69</sup> SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL. Dirección General de Salud Reproductiva. *Cesárea Segura. Lineamientos Técnicos*. Ciudad de México, D.F., 2002, pp. 16; 21–28.

**5.1.1.2.1.** En las notas médicas prenatales realizadas en el Hospital General Rubén Leñero se observaron indicios de probable preeclampsia como es el incremento en la presión arterial, así como dolor de cabeza. Inclusive, el Dictamen Médico elaborado por especialistas del Instituto Nacional de Perinatología afirma que la agraviada, no tuvo un control prenatal adecuado; de haberlo tenido, hubiera sido posible detectar las complicaciones del embarazo.

Los dictámenes elaborados por diversos expertos en la materia afirman que la atención médica proporcionada por el Dr. Enríquez no fue de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la cual en su numeral 5.1.6, establece que se debe realizar a la mujer embarazada una historia clínica completa, que incluyera al menos peso, talla y tensión arterial. De esta manera, se debió alertar a la agraviada, sobre el riesgo de la preeclampsia al registrar aumento en su presión arterial, así como en su peso, con un aumento de 3 Kg. de peso por mes, así como el dolor de cabeza.

**5.1.1.2.2.** Una vez que surgió el problema, existió descuido y negligencia por parte del personal de admisión y urgencias, ya que conforme a los dictámenes médicos de la médica visitadora de la CDHDF, el del Instituto Nacional de Perinatología y el médico gineco-obstetra consultado por este Organismo, la paciente se debió internar inmediatamente y se debió pensar en que el hígado de la agraviada estaba presentando daño grave que atentaba contra la vida, por lo que era necesario llevar a cabo un tratamiento quirúrgico para cohibir la hemorragia hepática y la extracción del producto de la concepción, lo cual no se llevó a cabo. Esta omisión fue determinante en el fallecimiento de la agraviada.

En la nota médica realizada en el Hospital General Rubén Leñero del día en que ingresó la agraviada al hospital por tener dolores agudos de abdomen así como vómito, no se encontró frecuencia cardíaca fetal. Por lo anterior, solicitaron valoración de gineco-obstetricia para descartar o establecer los diagnósticos de eclampsia, síndrome del Hellp, óbito fetal y enfermedad ácido péptica. En este caso fue determinante el tiempo de espera al que se sometió a la paciente, ya que con dolor abdominal agudo, debió esperar durante 40 minutos en la sala de espera. Sin embargo, una vez que fue recibida para consulta, el diagnóstico fue incorrecto, ya que establecieron enfermedad ácido péptica.

**5.1.1.2.3.** Aunado a lo anterior, no se llevó a cabo el expediente clínico como es requerido por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, pues no se registraron los signos vitales de la paciente, ni se le realizó de una exploración física completa que incluyera la exploración obstétrica, sino que se limitaron a diagnosticar exceso de comida al cenar, con posterior enfermedad ácido péptica e inclusive epilepsia, todo lo anterior, sin ningún rigor científico.

**5.1.1.2.4.** El Dr. Miguel Galván Rodríguez (Medico Adscrito a Urgencias del Hospital Rubén Leñero) no procedió con el criterio necesario para relacionar los síntomas digestivos manifestados por la paciente, con la presencia de una

complicación obstétrica grave como lo es la preeclampsia. Tampoco se efectuó el interrogatorio necesario para interpretar el origen de los trastornos y se omitió efectuar una exploración física general y obstétrica, por lo que no se llegó a determinar la posibilidad de complicación hepática ni la vitalidad del feto.

**5.1.1.2.5.** En las notas de evolución realizadas en el Hospital General Rubén Leñero se observa que una vez que la agraviada pasó a consulta, debió esperar 1 hora, 35 minutos más para ser recibida por el Servicio de Urgencias.

Se hace notar que quien haya tomado las muestras de sangre para estudios diversos, actuó de manera negligente, pues en dos ocasiones hemolizaron las muestras de sangre para los análisis, falla que no debe suceder en una situación de gravedad, ya que la vida de los pacientes está en juego.

**5.1.1.2.6.** Los resultados de los estudios de laboratorio fechados el 29 de octubre de 2007 a las 02:14 horas en el Hospital General Rubén Leñero carecen de nombre. Estos resultados se encuentran dentro de parámetros normales, lo cual no coincide con el cuadro clínico que presentaba la agraviada, por lo que se esperaba que mostraran disminución de hemoglobina, hematocrito y plaquetas; sin embargo, es probable que al momento de realizar los dictámenes de laboratorio, se obtuvieran resultados que no eran los que correspondían a esa persona, lo cual generó confusión o desorientación en los médicos para establecer el diagnóstico oportuno.

**5.1.1.2.7.** A pesar de que la evaluación realizada por Cirugía General se reportaba que la agraviada padecía de probable eclampsia, siete horas después de haber ingresado al área de Urgencias, con los síntomas y el reporte de Cirugía General de posible eclampsia, el personal médico del lugar todavía presentaba la duda del diagnóstico, entre úlcera perforada o Síndrome de Hellp.

A pesar de que el Dr. Muñoz detectó la ausencia de latidos fetales y varios signos compatibles con el diagnóstico de eclampsia no se estableció tal valoración. Tampoco se consideró la conveniencia del traslado de la paciente a terapia intensiva para proporcionar un manejo más especializado.

**5.1.1.2.8.** La participación del ginecólogo Dr. Pérez se concretó a confirmar el óbito fetal y el diagnóstico de preeclampsia, cuando el cuadro ya era característico de eclampsia o de síndrome de Hellp. No procedió a dar indicaciones de efectuar estudios de gabinete que profundizaran en aspectos como la posible lesión hemorrágica por ruptura de la cápsula hepática. En su segunda valoración, efectuada tres horas y media más tarde, consignó datos incongruentes con el deterioro sufrido por la persona agraviada, que ya ésta se encontraba a poco tiempo de sufrir paro cardíaco por choque hipovolémico. Estas conductas implican responsabilidad por omisión para llevar a cabo el diagnóstico adecuado, e impericia para establecer la condición crítica de la enferma.

**5.1.1.2.9.** Se observa además la negligencia de parte del personal que tomó las muestras de sangre para laboratorio, toda vez que los resultados se retrasaron debido a que la forma en que le fue tomada la sangre provocó que ésta no pudiera ser objeto de análisis. Una vez que por fin se pudo obtener una valoración, se resolvió que debido a la gravedad de la paciente, ya no era posible llevar a cabo la cirugía. De la nota de gravedad realizada en el Hospital General Rubén Leñero ocho horas después de que ingresó la paciente al hospital, se reporta que presenta sintomatología típica de eclampsia con probable síndrome de Hellp, confirmando que el feto falleció. Una hora después, se reporta que la agraviada también falleció.

El Dr. Basilio, cirujano general, consideró que la paciente no era candidata de una intervención quirúrgica de urgencia por no presentar datos de irritación peritoneal, a pesar de que ya había manifestado hipotensión arterial, taquicardia, palidez y ausencia de peristaltismo. Afirmó que se trataba de eclampsia o síndrome de Hellp, pero no tomó en cuenta que una de las complicaciones graves de estas patologías es la rotura del hígado, para lo cual se tuvo que llevar a cabo un estudio para descartar hematoma subcapsular hepático. Tampoco determinó la conveniencia de realizar otros procedimientos diagnósticos como ultrasonido o radiografías del abdomen de manera oportuna, y sólo lo hizo cuando la paciente ya se encontraba en condición de gravedad extrema, lo que impidió llevarlos a cabo.

**5.1.1.2.10.** En el dictamen elaborado por la médico visitadora de este Organismo se muestra que se valoró tardíamente a la agraviada por Cirugía General y Gineco Obstetricia ya que se observa la falta de coordinación entre el personal médico y de enfermería que atendió a la agraviada ya que el médico urgenciólogo reportó que solicitó la valoración de la paciente por parte de los servicios de Gineco-obstetricia y Cirugía General a las 23:55 horas; sin embargo, el médico gineco-obstetra reportó haber sido requerido a las 01:00 horas y el Cirujano hasta las 5:25 horas.

**5.1.1.2.11.** El Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal concluyó que la confirmación diagnóstica fue inadecuada, que el tratamiento instalado acorde al dictamen final fue incorrecto, así como también el tratamiento instalado en tiempo necesario para el diagnóstico final. Afirmó que la atención de las complicaciones por el médico fue inoportuna y que la muerte fue previsible.

Así mismo, hizo recomendaciones al personal del hospital, mismas que no fueron anexadas al expediente.

**5.1.1.2.12.** De los resultados de la necropsia legal practicada en el Servicio Médico Forense a la agraviada y a su producto, se desprende que antes de ingresar al Servicio de Urgencias presentó náuseas, vómito, dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho así como crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas en dos ocasiones para caer finalmente en paro cardiaco y a pesar de las maniobras de reanimación, falleció a causa de anemia aguda por

hemorragia interna consecutiva a ruptura no traumática de la cápsula de Glisson del lóbulo derecho del hígado y hemorragia subaracnoidea no traumática cerebral. Estas causas de la muerte de la persona agraviada, son consecuencia de la inoportuna atención de un problema médico de toxemia del embarazo, lo cual generó un agravio directo al derecho humano a la vida de la persona agraviada y de su producto

#### **5.1.1.3. Prueba de la negligencia médica en el caso 4.**

**5.1.1.3.1.** Del informe dirigido a esta Comisión firmado por el Dr. Osvaldo González la Riviere, Director del Hospital Belisario Domínguez, se sabe que la posible causa de muerte neonatal del producto de la agraviada, pudo haber sido por aspiración de meconio que ocasionó asfixia, ya que presentaba salida de líquido meconial y disminución de movimientos fetales

**5.1.1.3.2.** Asimismo, la opinión médica sobre el caso de la peticionaria agraviada, elaborado por el Dr. Sergio Rivera Cruz, Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, el 19 de febrero de 2009, señala que no se cuenta con la necropsia fetal ni con muestras de líquido transvaginal a fin de comprobar si se trataba de meconio o de líquido producto de una infección, como lo argumentaba el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz

**5.1.1.3.3.** Aunado a lo anterior, el Dr. Sergio Rivera Cruz, Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF es claro al concluir que las siguientes omisiones se atribuyen al médico tratante, en este caso el Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz.

- El Dr. Iris de la Cruz no cumple con los numerales 5.10, 7.1.2 y 7.1.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, ya que en el expediente existen abreviaturas y una tachadura; se reportan los signos vitales de manera incompleta y no establece el propósito médico sobre el caso.

- El Dr. Iris de la Cruz no cumple con los numerales 5.1.1 y 5.1.3 la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, ya que en el expediente clínico no se documenta la referencia o canalización que se necesitaría en caso de presentar algún síntoma relacionado con el embarazo de la agraviada: asimismo, se infiere que al no hacer todo lo que las normas oficiales establecen, no se cumple con la calidad de atención que requiere la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

#### **5.1.1.4. Prueba de la negligencia médica en el caso 5**

**5.1.1.4.1.** En el resumen médico del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, elaborado el día que ingresó la paciente está registrado que, a fin de realizar una cesárea para extraer al producto que presentaba un tamaño fuera de lo común, se

le aplicó a la paciente bloqueo peridural para anestésicarla, sin embargo resultó insuficiente.

**5.1.1.4.2.** Como resultado de la ineficiente anestesia peridural, la anestesióloga decidió aplicar anestesia general. Desafortunadamente hubo negligencia en la intubación para que recibiera la debida oxigenación en dos ocasiones, mismas en las que se debió suspender el procedimiento quirúrgico en dos ocasiones por más de tres minutos; provocando que la agraviada no recibiera la oxigenación que requería.

**5.1.1.4.3.** Aunado a lo anterior, una vez que se extrajo al producto, el útero no volvió a su tamaño normal, lo cual generó una hemorragia que también afecta a la oxigenación del cerebro de la agraviada. La médico anestesióloga comentó sobre la posibilidad de trasladar a la paciente a un Hospital con Unidad de Cuidados Intensivos, ya que perdió alrededor de 1,200 c.c. de sangre.

**5.1.1.4.4.** Del registro de anestesia y recuperación del día de la cesárea, se toma el registro de las complicaciones post anestésicas, intubación al tercer intento y el paro transoperatorio así como pérdida de 1,400 c.c. de sangre.

**5.1.1.4.5.** En la nota de anestesiología del mismo día se registró que el bloqueo peridural es insuficiente por lo que decidieron aplicar anestesia general, sin embargo se intubó al tercer intento. En ese lapso el corazón de la paciente dejó de funcionar debido a la pérdida de sangre que había sufrido a causa de la hemorragia uterina que se complicó, con la suspensión en dos ocasiones de la cirugía.

Del Dictamen Médico elaborado el 29 de octubre de 2008 por un especialista en Gineco-obstetricia, al analizar la atención médica brindada por la anestesióloga Fanny González González, se concluye que tanto el bloqueo peridural fallido como la interrupción de la ventilación pulmonar en el transoperatorio, indican un factor de impericia en el manejo del procedimiento anestésico, aunque no se viera reflejado en repercusiones para la paciente según las anotaciones del registro correspondiente.

Aunado a lo anterior, la anestesióloga no consignó este hecho y solamente señaló que “se intuba al tercer intento”. La anestesióloga debió precisar con detalle el tiempo transcurrido para la reintubación, circunstancia que pudo haber influido en el desencadenamiento del “paro cardiogénico” ocurrido de manera posterior inmediata, en hora que tampoco señaló en su nota. Sin embargo en el registro de anestesia, se apunta que el paro cardiaco ocurrió a las 23:55 horas con duración de 4 minutos, en tanto que el feto se extrajo a las 23:20 horas.

**5.1.1.4.6.** Esta imprecisión de datos manejados sobre todo por la médica anestesióloga, se reflejan también en el hecho de que no se integró el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 168-SSAI-1998, donde se

establece la obligatoriedad de constituir el documento con la lista de datos que aporta la misma Norma Oficial Mexicana.

**5.1.1.4.7.** En el mismo sentido, en la Opinión Médica elaborada el día 9 de marzo de 2009 por el Dr. Ernesto Rosales Valenzuela respecto de la atención médica brindada a la agraviada el 6 y 7 de octubre de 2007 en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, se concluye que hubo mala práctica médica en el procedimiento anestésico por lo siguiente:

- No se realizó valoración preanestésica lo cual aumentó el riesgo anestésico durante el transoperatorio. El bloqueo peridural resultó insuficiente por inyección de anestésico local a través del catéter, probablemente por obstrucción, por acodamiento, nudo o taponamiento, o situación anormal como probable salida por un agujero de conjunción, o inserción mayor a 3 cms. en el espacio epidural por lo que obligó a que se aplicara una anestesia general y de urgencia.
- Hubo error técnico médico en el mantenimiento de la anestesia general balanceada solamente con efectos residuales del tiopental y fentanyl, pero ya sin el efecto del bloqueador neuromuscular despolarizante succinilcolina. Esto motivó que la paciente recobrara los reflejos protectores laríngeos como la deglución y tos, y comenzara a despertar rechazando el tubo endotraqueal y se extubara.
- La tardanza de 4 minutos de la nueva intubación, con aparente dificultad para oxigenación, fue probablemente la causa del paro cardiogénico repentino, dicho paro se pudo prever a través del monitoreo de constantes vitales, electrocardiograma y adecuada oxigenación durante el transoperatorio entre otros, sin embargo no se previó y sucedió este evento catastrófico que culminó con daño neurológico severo en la agraviada y meses después su muerte.
- Aunado a lo anterior, se detectaron otros problemas en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco tales como la falta de personal de laboratorio e intendencia; la unidad no cuenta con médicos residentes en Gineco obstetricia, sólo médicos de pregrado; ni con reserva de paquetes globulares, estos problemas por sí solos son suficientes para que la agraviada ni siquiera fuera expuesta al riesgo de una cesárea en dicho hospital, pues no contaba con los elementos indispensables para atender una posible complicación como fue el caso.

**5.1.1.4.8.** Una vez que la agraviada sufrió de una lesión cerebral irreversible que le provoca secuelas severas, existía la oportunidad de que la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal apoyara a la familia de la agraviada para su tratamiento, pero conforme pasa el tiempo, se incurre en la omisión de asistirle. El Informe Cronológico de la atención proporcionada a esta persona por servidoras públicas que laboran en el Centro de Salud Xochimilco, adscrito a la Jurisdicción Sanitaria perteneciente a esa Delegación, se observó que si bien, recibió visitas a domicilio, en realidad, esta atención no estaba programada para la agraviada, ya que la primera visita original era para vacunación de sus hijos. Una vez que el

personal del Centro de Salud Xochimilco se enteró del coma de la agraviada, transcurrieron dos y medio meses para que se llevara a cabo la primera visita real a la agraviada. Durante febrero sucedieron tres visitas, sin embargo, a partir de la última diligencia realizada en el mes de febrero (el día 28), transcurrieron casi dos meses más (21 de abril) para la siguiente visita. Tres semanas más tarde tuvo lugar la última visita que la trabajadora social le haría a la agraviada en vida de ésta; sin embargo, no revisó a la paciente, ya que se conformó con preguntarle al hijo de la agraviada por la salud de su madre. La siguiente visita (23 de julio) solamente ocurrió en cumplimiento de una medida precautoria solicitada por este Organismo.

Es decir, que en casi diez meses de estado de coma de la agraviada, recibió únicamente cinco visitas efectivas. Es importante señalar que ante el estado de gravedad de la agraviada era necesario más apoyo para la familia de la agraviada.

## **5.1.2. Prueba de la ausencia de recursos y personal médico**

### **5.1.2.1. Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 1**

**5.1.2.1.1.** En la comparecencia inicial para promover su queja, la agraviada refiere que el día 25 de noviembre de 2006, presentó síntomas de que ya no era viable tener al producto en su abdomen materno, tales como malestar en general, taquicardia y un fuerte espasmo en el cual fue la última vez que sintió mover a su bebé. Ella misma refiere que alrededor de las 14:00 horas se le preparó para ser trasladada al área de tococirugía, pero la cirugía no se lleva a cabo sino hasta aproximadamente a las 18:30 horas.

**5.1.2.1.2.** Es importante hacer mención que al comparar la narración de la agraviada con las notas médicas, se observaron coincidencias entre los síntomas que ella sentía y los reportes asentados por los médicos, así como una aproximación entre los horarios referidos por la agraviada y los tiempos asentados por el personal médico.

**5.1.2.1.3.** Estas coincidencias son a causa del retardo para llevar a cabo la cesárea una vez que el personal médico a cargo de la evolución de la paciente y de su producto, determinaron que ya no era viable mantener al producto en el abdomen materno y al haber inhibido el trabajo de parto, era imprescindible llevar a cabo una cesárea, decisión que es tomada e informada a esta persona, conforme a las notas médicas, a las 13:00 horas del 25 de noviembre de 2006.

**5.1.2.1.4.** Sin embargo, conforme a las notas médicas y los datos recabados por el médico de la CDHDF y el médico especialista en ginecología y obstetricia, la agraviada y su hija, tuvieron que afrontar otro problema que retardó por un espacio de 5 horas más, el nacimiento de la menor de edad. La ausencia de médicos ginecólogos-obstetras y la ausencia de sala de cirugía, debido a que se tuvo que atender a otra mujer en un caso de emergencia en el cual esa persona podía perder la vida.

**5.1.2.1.5.** Al analizar el expediente clínico relacionado con la atención médica proporcionada a la agraviada, detectamos que existió un tiempo de 7 horas, en el que se postergó el nacimiento de la menor de edad agraviada. En un primer momento el retraso fue debido a una decisión errónea de inhibir el trabajo de parto, pero en tiempo cercano a las 13:00 horas, se determinó que no era posible mantener al feto en el abdomen materno, y se decide llevar a cabo la cesárea; sin embargo, el tiempo en que tarda la preparación de una cirugía mayor, la ausencia de médicos especialistas así como de un área donde hacer la intervención quirúrgica, provocan un atraso mucho mayor al anterior: Un poco más de 5 horas para poder llevar a la agraviada al área donde practicar la cesárea. Esto derivó en una consecuencia lógica: a las 20:00 horas se extrae un neonato del sexo femenino en estado flácido, a quien se le deben realizar maniobras de reanimación.

**5.1.2.1.6.** Cabe hacer la observación de que si a las 11:45 horas en que se reportaron los primeros indicios de sufrimiento fetal, se hubiese decidido inducir el parto o en su defecto llevar a cabo la cesárea, muy probablemente no se hubiera extendido el tiempo de espera por la ausencia de médicos y un área donde intervenir a las agraviadas. Con esto llegamos a la conclusión de que a una mala praxis médica, se agrega la ausencia de recursos e insumos para atender la salud de dos mujeres, (madre e hija).

**5.1.2.1.7.** Dentro del tratamiento aplicado a la hija de la agraviada, encontramos la existencia del retardo para llevar a cabo la gastrostomía y traqueostomía a la niña, con el propósito de que apoyarle en sus funciones vitales de nutrición y respiración.

**5.1.2.1.8.** Las notas médicas de atención médica a la menor de edad y la opinión médica del médico de la CDHDF permite concluir que existía la necesidad de practicar la gastrostomía y traqueostomía a la menor de edad, pero no era posible llevar a cabo una intervención quirúrgica porque carecía de las células sanguíneas que permitieran la coagulación sanguínea.

**5.1.2.1.9.** Es a partir del 5 de mayo de 2007, cuando se detecta que la menor de edad está en posibilidades de confrontar una intervención de este tipo; no obstante lo anterior, la operación no se lleva a cabo sino hasta el día 31 de ese mes y año, en el Hospital Pediátrico Moctezuma.

**5.1.2.1.10.** En las copias de un escrito que hizo el 20 de mayo de 2007 la agraviada al Director del Hospital de Especialidades Médicas Belisario Domínguez, se observa que desde el punto V de su escrito, describe que a partir del 8 de mayo de 2007 (fecha coincidente con el tiempo en que los médicos determinaron que era viable llevar a cabo la operación), se presenta una serie de hechos que impiden la realización de los estudios previos a la cirugía para la menor de edad. Estos impedimentos se deben a:

- a) La falta de una ambulancia.
- b) El retardo del área de trabajo social para reprogramar la cita.
- c) La confusión en el área de trabajo social, programando una cita para estudio de ecocardiograma en lugar de la broncoscopia que era necesario realizar.

**5.1.2.1.11.** Posteriormente en las notas médicas, se observa que a partir del 24 de mayo de 2007, se posterga la cirugía programada originalmente para llevarse a cabo en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, por causas que no son asentadas en el expediente clínico.

**5.1.2.1.12.** El problema del retardo en la realización de las cirugías, es una situación imposible de obviar, si tomamos en cuenta que eran necesarias para que la menor de edad pudiera alimentarse. Al considerar, que conforme al acta de defunción de la menor de edad, uno de los factores patológicos que contribuyeron a su muerte fue la desnutrición crónica severa que padeció durante los siete meses de su vida, concluimos que aunado a la ausencia de recursos e insumos para llevar a cabo oportunamente las intervenciones quirúrgicas, el área de trabajo social incurrió en retardo, confusión y problemas de comunicación para retardar más esta operación.

## **5.1.2.2 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 2**

**5.1.2.2.1.** Cuando los médicos del Hospital Rubén Leñero esperaban los resultados de los estudios para diagnosticar el problema de salud de la agraviada, en dos ocasiones las muestras quedaron sin utilidad. Aunado a esto, en las notas médicas elaboradas por el Dr. Pedro Pérez Heredia, también se reportó que no contaban con los reactivos necesarios para elaborar un estudio completo y útil para la agraviada (perfil toxémico).

**5.1.2.2.2.** En otras notas informativas realizadas por el personal médico y de enfermería del Hospital General Rubén Leñero involucrado en la atención de la persona agraviada, se observa la carencia de personal y de recursos materiales, cuando el Dr. Alberto Basilio Olivares, médico de cirugía general reportó que no le notificaron a tiempo, sino cinco horas después de su ingreso a la valoración.

**5.1.2.2.3.** Es importante mencionar que este doctor aún sin estudios de laboratorio completos, tuvo la capacidad de diagnosticar eclampsia y probable síndrome de Hellp, sin embargo para ratificar su diagnóstico, solicitó estudios de tórax y un ultrasonido que en sus palabras: “en ese momento no contábamos”.

**5.1.2.2.4.** En la nota del Dr. Miguel Galván Rodríguez, quien fue el médico que dedujo la existencia de una enfermedad ácido péptica en la agraviada se refiere

que solicitó una valoración por el área de ginecología, pero no pudo contar con ella de manera inmediata, porque el ginecólogo estaba con una paciente que también se encontraba en un estado crítico de salud.

### **5.1.2.3 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 3**

**5.1.2.3.1** En la Nota Médica Inicial de Urgencias de las 23:05 horas en Xoco el doctor asienta que no cuentan con pediatra ni ayudantes, que se solicitará traslado a una unidad que cuente con los servicios completos. Asimismo, en el expediente clínico de egreso se apunta que se trasladará a la agraviada a otra unidad que sí cuente con UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos)

**5.1.2.3.2.** El Dr. Gilberto Rivas Cerecero, encargado de Tococirugía y Ginecología del Hospital General Xoco explica en su informe que en dicha guardia de tococirugía no cuenta con médico pediatra.

**5.1.2.3.3.** En este sentido se encuentra la comparecencia del Dr. Marco Antonio Machorro Arenas ante el C. Agente del Ministerio Público quien explica que cuando la paciente agraviada llegó al Hospital Xoco, no había ni pediatra ni ayudantes, asimismo, refiere que se requería una unidad que sí contara con equipo y espacio para realizarle la cesárea. En su comparecencia también se argumenta que dicha carencia de espacio se presentaba en otros hospitales, tales como el Enrique Cabrera, el Belisario Domínguez o el Materno Infantil de Xochimilco. Al final de su comparecencia afirmó que no había personal de apoyo.

**5.1.2.3.4.** De la declaración del testigo de hechos José Luis Gutiérrez Velásquez ante la Fiscalía Centralizada para Servidores Públicos de la PGJDF se desprende que solamente había un gineco-obstetra en dicha guardia en el Hospital de Xoco. Que debido a la gravedad del embarazo de la agraviada, era necesario una cesárea de emergencia, pero que esa unidad no contaba con los elementos necesarios.

En esta declaración se aprecia que la carencia de personal se presentaba en otros hospitales también.

**5.1.2.3.5.** La perito médico forense María Dolores Suzawa Ríos en su dictamen afirma que la atención que brindó el doctor Machorro fue la adecuada, sin embargo, la presencia de un especialista en pediatría y de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales eran indispensables para la atención y tratamiento de una persona con los antecedentes que presentaba la agraviada.

La Dra. Suzawa afirmó en su dictamen que de haber contado en ese momento con el personal médico y la infraestructura necesarios, probablemente el resultado hubiera sido diferente. Ella explica que no fue la falta de espacio la

determinante si no la falta de personal, la que provocó que la agraviada no pudiera llevar una atención adecuada en el Hospital Xoco.

**5.1.2.3.6.** En el dictamen elaborado en el Instituto Nacional de Perinatología, por medio del Dr. Carlos Julián Neri Méndez, se afirma que hay responsabilidad institucional por contar solamente con un doctor que pudiera haber realizado la cesárea de urgencia que la agraviada requería.

El Dr. Neri Méndez concluye que sí hubo responsabilidad institucional ya que un hospital como el de Xoco debe contar con suficientes quirófanos, médicos y personal para una urgencia obstétrica

#### **5.1.2.4. Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 4**

**5.1.2.4.1** El Dr. Sebastián E. Iris de la Cruz informa al Dr. Jorge A. Aviña Valencia, Director del Hospital General Xoco que para el diagnóstico de la agraviada utilizó únicamente su criterio, ya que no contaba en el turno en el que la atendió (el nocturno) con las pruebas que se requerían para valorarla eficientemente, dichas pruebas son, la cristalización en “Hojas de Helecho” del líquido vaginal, Citología del líquido vaginal, tiras reactivas para medir el PH del líquido o el ultrasonido.

**5.1.2.4.2** La opinión médica sobre el caso de la agraviada, elaborado por el Dr. Sergio Rivera Cruz, Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, el 19 de febrero de 2009, declara que la falta de infraestructura suficiente y adecuada para apoyo diagnóstico (en este caso Cristalización en Hojas de helecho del líquido vaginal; citología del líquido vaginal buscando células naranja; tiras reactivas para medir el pH del líquido vaginal; y estudio de ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico por cuadrantes) corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal proporcionarlos al personal médico para que éstos los utilicen cuando lo consideren conveniente.

#### **5.1.2.5 Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 5**

**5.1.2.5.1.** De la nota médica de los hechos ocurridos en la atención de la agraviada, se encuentra que cuando se necesitó apoyo para la médica cirujana gineco-obstetra, se tuvo que enviar a un médico interno de pregrado, pues no había médicos esa noche. De haberse requerido una intervención quirúrgica mayor para resolver la atonía uterina, como la ligadura de arterias importantes o una histerectomía, la asistencia a la cirujana debía ser efectuada por otro médico con la experiencia necesaria.

**5.1.2.5.2.** De la nota médica de los hechos ocurridos en la atención de la agraviada se encuentra que no contaban con camillero, por lo que fue la enfermera quien tuvo que pasar a la paciente a sala de quirófano.

**5.1.2.5.3.** No existe banco de sangre en el Hospital Pediátrico de Xochimilco. Grave carencia que se traduce en la imposibilidad de restaurar las pérdidas hemorrágicas severas que pueden conducir al choque hipovolémico, como en el caso presente.

**5.1.2.5.4.** En la Opinión Médica elaborada el día 9 de marzo de 2009 por el Dr. Ernesto Rosales Valenzuela respecto de la atención médica brindada a la agraviada el 6 y 7 de octubre de 2007 en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, se concluye que hubo carencia de personal y carencia de recursos materiales ya que:

- El expediente está incompleto.
- Falta personal de laboratorio e intendencia;
- La unidad no cuenta con médicos residentes en gineco-obstetricia, sólo internos de pregrado;
- No cuenta con reserva de paquetes globulares;
- El resumen de la médico gineco-obstetra es tendencioso, ponderando diagnóstico y procedimiento quirúrgico y resaltando los aspectos negativos de anestesiología.

**5.1.2.5.5.** En relación con el traslado de la agraviada encontramos en la Nota de Referencia Urgente del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco para enviar a la agraviada al Hospital Dr. Enrique Cabrera que en el Hospital que transfiere no cuentan con laboratorio, por lo que no pueden anexar estudios de laboratorio. No se dispone de laboratorio en el turno nocturno. Se impide por lo tanto obtener los exámenes mínimos que informen sobre la condición general de las pacientes: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo, factor Rh y otros.

**5.1.2.5.6.** El Dr. Efraín Pineda Guerrero, médico especialista en gineco-obstetricia y perito de la CONAMED consultado por este Organismo, asegura que existe responsabilidad institucional por parte del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, por su incapacidad para proporcionar los recursos humanos y los servicios complementarios de apoyo. Es necesario para contar con los recursos biomédicos de rutina, es decir, cardiotocógrafo, ultrasonido obstétrico, registro ultrasonográfico de la frecuencia cardíaca fetal.

**5.1.2.5.7.** En el Hospital General Enrique Cabrera, lugar donde se atendió a la persona agraviada después de que sufrió una lesión cerebral irreversible, se detectó que cuando fue necesario llevar a cabo una radiografía, no contaban con químico de revelado.

#### **5.1.2.6. Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 6.**

**5.1.2.6.1.** Al promover su queja ante este Organismo, la peticionaria manifestó que en los hospitales Materno Infantil de Xochimilco y de Topilejo del Gobierno del Distrito Federal, no había médicos ginecólogos para atender los partos que se

presentaran y en el Hospital Belisario Domínguez sólo había un médico para atender a las mujeres que se encuentran por dar a luz.

**5.1.2.6.2.** Esta información fue confirmada el 22 de septiembre de 2008, cuando el propio Director del Hospital de Especialidades Médicas Belisario Domínguez, afirmó que solamente cuentan con una ginecóloga en servicio en ese turno para atender cualquier evento obstétrico.

#### **5.1.2.7. Prueba de la ausencia de recursos y personal médico en el caso 7**

**5.1.2.7.1.** En el acta circunstanciada de la queja presentada ante este Organismo por la madre de la agraviada G1 se mencionó que en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta se negaron a atender a su hija argumentando que no había médico, ni anestesiólogo; sin embargo, al exigir la atención, los médicos decidieron ingresar a la paciente para brindarle la atención médica.

**5.1.2.7.2.** Del acta circunstanciada de la queja presentada por la madre de la agraviada G2 se indica que acudió con su hija al nosocomio a las 14:30 horas pues su hija comenzó a sangrar, sin embargo, un médico le indicó que todavía faltaba tiempo para que el bebé naciera. Alrededor de las 20:30 horas regresaron al hospitales donde, a falta de atención de los servidores públicos, el bebé recién nacido tuvo que nacer en un cubículo sin atención médica.

**5.1.2.7.3.** En acta circunstanciada, el esposo de la agraviada G3, informó que el día 17 de octubre de 2008, aproximadamente a las 17:00 horas, acudió con su esposa ya que ésta presentaba 39 semanas de embarazo y dolores fuertes de abdomen, pero el personal del nosocomio le indicó regresara más tarde.

Seis horas más tarde, regresó al hospital pero los médicos se negaron a atender a la agraviada pues no había ni anestesiólogo ni pediatra, momentos más tarde, debido a un desmayo que sufrió el esposo de la agraviada por causa del estrés, decidieron atenderla.

**5.1.2.7.4.** Ante estas aseveraciones, el doctor Salvador Elizalde Gutiérrez médico de guardia del Hospital General de Milpa Alta, reportó a los visitadores de esta Comisión en su visita a este hospital, que frecuentemente les resulta muy difícil prestar el servicio médico ya que no hay personal suficiente.

Informó también que en esa guardia faltó a trabajar el médico ginecólogo porque le dieron su día libre, y el médico anestesiólogo llegó tarde a trabajar.

Además de ello comentó que en algunas ocasiones él funge como anestesiólogo o como ginecólogo para atender casos urgentes.

**5.1.2.7.5.** En el mismo sentido, el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, informó a esta Comisión que en el turno nocturno no se contó con ginecólogo. Dicha afirmación se observa también en el resumen

clínico elaborado en el Hospital General de Milpa Alta, relacionado con la agraviada G3, se reportó que en el turno nocturno no se contó con ginecólogo.

### **5.1.3. Prueba de la ausencia de información y consentimiento informado.**

#### **5.1.3.1. Prueba de la ausencia de información y consentimiento informado en el caso 1.**

**5.1.3.1.1.** No es posible encontrar una Carta Consentimiento Informado firmada por los familiares a pesar de que en las notas médicas de la Unidad Belisario Domínguez, el día del nacimiento de la paciente femenina recién nacida se encuentran dos anotaciones realizadas por las doctoras Kitaoka y del Moral, en las que asentaban haberle reportado el estado de salud de la peticionaria a sus familiares.

**5.1.3.1.2.** El día 27 de noviembre se encuentra una nota aclaratoria dentro de las notas médicas, redactada por la agraviada en la que firma y asegura haberse enterado del estado de gravedad de su hija.

**5.1.3.1.3.** El único consentimiento informado debidamente llenado fue el que la agraviada firmó el día 30 de mayo de 2007, a fin de que operaran a su hija en el Hospital Moctezuma.

**5.1.3.1.4.** A partir de la nota del 27 de noviembre, no es posible encontrar un consentimiento informado firmado por la paciente, ni siquiera una nota en la que declare estar informada del estado de salud de su hija. Lo anterior es particularmente notorio, pues es a partir del 20 de junio cuando la agraviada empieza a firmar las notas médicas ya mencionadas asentando la frase “enterada del informe”. Esta frase y su firma fueron estampadas en las notas médicas desde el 20 de junio y hasta el día de la muerte de su hija.

#### **5.1.3.2 Prueba de la ausencia de información y consentimiento informado en el caso 2.**

**5.1.3.2.1.** En su queja, el esposo de la agraviada hace referencia de haber recibido un trato prepotente por parte de las y los médicos del Hospital General Rubén Leñero cuando su esposa sufrió de severas dolencias y convulsiones; aunado a que no se les brindó ninguna información sobre el estado de salud de su esposa y el producto, pero sí se le exigió a él y su mamá que en ese momento le acompañaba, que firmaran unas hojas con términos que ellos no podían entender y que el personal médico no quería explicar.

**5.1.3.2.2.** Al analizar el expediente clínico sobre la atención médica proporcionada a la persona agraviada y a su producto, se detectó que en ninguna de las fojas que integran el expediente médico de la agraviada proporcionada en el Hospital General Rubén Leñero hubo anotación alguna en la cual se notifique al esposo o a los familiares de la agraviada, ni tampoco se observa la hoja de consentimiento

informado en la cual los parientes de la usuaria de los servicios de salud, hayan otorgado su aprobación para las terapias que se aplicaron en la víctima.

### **5.1.3.3 Prueba de la ausencia de información y consentimiento informado en el caso 3.**

**5.1.3.3.1** En el expediente clínico se observa un formato de consentimiento informado, mismo que no se encuentra debidamente llenado, ya que no cuenta con los requisitos que la Norma exige, es decir, el nombre y firma o huella digital del paciente, su dirección y teléfono, así como el nombre y firma del responsable del paciente y su dirección y teléfono.

**5.1.3.3.2** En este sentido, el expediente clínico cuenta con un formato llamado “para la evaluación del expediente clínico”, en él se marca la ausencia de un expediente clínico completo, la nota de ingreso hospitalización, la hoja de partograma, el pronóstico, estudios de Rx simple y Gabinete y la hoja del consentimiento informado. Por lo cual se encuentra una violación a la NOM sobre el expediente clínico, en especial respecto del consentimiento informado.

### **5.1.3.4 Prueba de la ausencia de información y consentimiento informado en el caso 5.**

**5.1.3.4.1.** Cuando personal de Segunda Visitaduría de la CDHDF acudió a revisar el expediente de atención médica proporcionada a la agraviada y a su producto, se detectó que no existía ninguna Carta de Consentimiento Informado.

**5.1.3.4.2.** Tal y como lo refiere el médico especialista en gineco-obstetricia consultado por este Organismo, existió una omisión de tipo administrativo al no integrar el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 168-SSAI-1998, donde se establece la obligatoriedad de constituir dentro de este documento, la Carta de Consentimiento Informado.

**5.1.3.4.3.** En la comparecencia del esposo de la agraviada ante esta Comisión sabemos que no recibió información de la gravedad de su esposa sino hasta que llegó al Hospital Enrique Cabrera, ya que en el Hospital Pediátrico de Xochimilco no le informaron el estado de gravedad de su esposa.

**5.1.3.4.4.** En el expediente médico de la agraviada se encuentra un consentimiento informado sin referencia de la Unidad Médica en la que se suscribe, tampoco se asentó la fecha en la que se suscribe, ni firmas. Únicamente cuentan con los nombres de la agraviada y de su esposo así como las huellas digitales, de las que se supone que pertenecen a ambos. Esta imprecisión no permite contar con la identidad exacta de las personas que otorgaron dicho consentimiento.

## 5.2. FUNDAMENTACIÓN. MARCO JURÍDICO DE LOS DERECHOS HUMANOS VIOLADOS.

### 5.2.1. La violación al derecho a la vida por negligencia médica.

**5.2.1.1.** En este caso, la negligencia médica que sufrió la madre de familia que llegó al Hospital General Rubén Leñero y no recibió la atención adecuada a su problema médico de preeclampsia que evolucionó a eclampsia, produjo como consecuencia directa la pérdida de la vida de la mamá y de su producto.

**5.2.1.2.** Para una mejor comprensión de este hecho, debemos recordar el concepto sobre negligencia médica que ha realizado la Asociación Médica Mundial:<sup>70</sup>

La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o impericia, o indolencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.

**5.2.1.3.** El derecho a la vida es la garantía fundamental de la que derivan todos los demás derechos, y sin ella perderían todo sentido. La vida es un valor absoluto que no puede quedar subordinado a intereses diversos, quedando el Estado comprometido a su protección.

**5.2.1.4.** El derecho a la vida es reconocido en los artículos 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 6 de del Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en el numeral 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (*cfr*). En ellos se obliga al Estado a no privar de la vida a sus habitantes, ya sea por acción o por omisión.

**5.2.1.5.** En la concatenación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, se encuentra el derecho a una vida digna, que consiste en la garantía a favor de todas y todos los habitantes de un Estado, para que este último provea de los servicios básicos que permitan las mejores condiciones de vida de sus habitantes.

**5.2.1.6.** Es en el artículo 25.1 y 25.2. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se establece que dentro de las condiciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, se encuentra el derecho a la salud, y dentro de este rubro ocupa un lugar primordial, el derecho a la salud materno-infantil.<sup>71</sup>

**1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios;**

<sup>70</sup> Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, en septiembre de 1992.

<sup>71</sup> El subrayado es nuestro.

tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

**2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.** Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

**5.2.1.7.** En este orden de ideas, la Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>72</sup> ha señalado que cuando el Estado brinda un servicio de salud pública, pero en lugar de generar un bienestar provoca por negligencia un acto del que priva de la vida a una persona, se genera una violación al derecho fundamental de la vida, debido a que debe ser garante del derecho a la salud y la vida, quedando obligado a prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión, la supresión de la vida del usuario de los servicios médicos. Por consecuencia, recae en el Estado la obligación de proporcionar una explicación convincente y satisfactoria cuando por un caso de negligencia algún(a) usuario(a) del servicio de salud pública pierde la vida, asumiendo la responsabilidad por la muerte de esa persona.

**5.2.1.8.** El problema de la vulneración al derecho a la vida por causa de negligencia médica ha sido señalado por el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación para la Mujer, en sus observaciones finales dirigidas al Estado Mexicano en agosto de 2006, específicamente en el párrafo 32:<sup>73</sup>

Sigue preocupando al Comité el nivel de las tasas de mortalidad materna, en particular el de las mujeres [...], lo cual es una consecuencia de la insuficiente cobertura de los servicios de salud y la dificultad de acceso a éstos, en particular la atención de la salud sexual y reproductiva.

En atención a esta observación, en el párrafo 33, el Comité recomendó al Estado Mexicano:

El Comité insta al Estado Parte a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva, [...].

**5.2.1.9.** En la Observación General número 7 (2005) del Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños, en el cual trata el tema del derecho a la vida de las niñas y de los niños<sup>74</sup>, relacionado con el artículo 6 de esta Convención,<sup>75</sup> hace la aclaración de que los Estados Partes

<sup>72</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Juan Humberto Sánchez vs. Honduras Sentencia de 7 de junio de 2003, párrafo 111.

<sup>73</sup> Comité para la Eliminación contra la Discriminación contra la Mujer. 36ª. Período de Sesiones. Celebrado del 7 al 25 de agosto de 2006. Observaciones Finales del Comité para Evitar la Discriminación contra la Mujer: México.

<sup>74</sup> Realizado en la Ciudad de Ginebra, Suiza, en el 40º. Período de Sesiones del Comité de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño, del 12 al 30 de septiembre de 2005.

<sup>75</sup> El artículo 6.1 y 6.2. de la Convención de los Derechos del Niño señala:

están comprometidos a salvaguardar la supervivencia y la salud física de las niñas y de los niños, y que la vida de los menores de edad puede peligrar por casos de negligencia, trato insensible o abusivo y escasas oportunidades del personal del servicio público que se encarga de apoyar en su cuidado y la salud de éstos.

Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. El artículo 6 se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Partes de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Se insta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y lactantes, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida. La malnutrición y las enfermedades prevenibles continúan siendo los obstáculos principales para la realización de los derechos en la primera infancia. Garantizar la supervivencia y la salud física son prioridades, pero se recuerda a los Estados Partes que el artículo 6 engloba todos los aspectos del desarrollo, y que la salud y el bienestar psicosocial del niño pequeño son, en muchos aspectos, interdependientes. Ambos pueden correr peligro por condiciones de vida adversas, negligencia, trato insensible o abusivo y escasas oportunidades de realización personal. Los niños pequeños que crecen en circunstancias especialmente difíciles necesitan atención particular.

**El Comité recuerda a los Estados Partes (y a otras instancias interesadas) que el derecho a la supervivencia y el desarrollo sólo pueden realizarse de una forma integral, mediante la observancia de todas las demás disposiciones de la Convención, incluidos el derecho a la salud, la nutrición adecuada, la seguridad social, un nivel adecuado de vida, un entorno saludable y seguro, la educación y el juego (arts. 24, 27, 28, 29 y 31), así como respetando las responsabilidades de los padres y ofreciendo asistencia y servicios de calidad (arts. 5 y 18).**

**5.2.1.10.** Con motivo de lo anteriormente enunciado, resulta primordial que el gobierno de cada Estado, instituya los mecanismos necesarios para el mejoramiento de sus políticas públicas en materia de salud, con el objeto de no solamente dar cobertura al derecho a la salud misma, produciendo como consecuencia inmediatas, beneficios que contribuyan al cumplimiento del derecho a la vida, y a la calidad de vida.

## **5.2.2. La violación al derecho a la salud materno infantil.**

**5.2.2.1.** La salud reproductiva, según la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing<sup>76</sup> es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera

- 
1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
  2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

<sup>76</sup> La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, se llevó a cabo en el marco de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en la ciudad de Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995, bajo el auspicio de la Organización de las Naciones Unidas. Más de 130 Estados reunidos

ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, de procrear, la libertad de hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

**5.2.2.2.** En lo que corresponde a la salud materno–perinatal, abarca la atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, la atención oportuna y eficaz en los casos de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, así como la atención clínica del aborto.<sup>77</sup>

**5.2.2.3.** En este orden de ideas, la Recomendación General número 24 (la mujer y la salud) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas,<sup>78</sup> la cual interpreta al artículo 12 de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (el cual trata sobre el derecho de la mujer a la salud y fue mencionado en el apartado sobre la fundamentación de esta Recomendación), ha referido que la atención primordial de la salud genésica en lo que corresponde a la mujer, abarca la atención médica para la maternidad :

De conformidad con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán los obstáculos contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y período posterior al parto. [...].

**5.2.2.4.** También en esta Recomendación número 24, se hace la aclaración de que la atención a la salud para la mujer, abarca también a las niñas y adolescentes:

Para los efectos de la interpretación del artículo 12 de la Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el término “mujer” abarca asimismo a las niñas y a las adolescentes.

A continuación se desglosa la fundamentación del derecho a la salud materno infantil, con base en dos aspectos que fueron vulnerados: la negligencia médica y la falta de recursos y de personal médico.

### **5.2.2. A. La violación al derecho a la salud materno infantil por negligencia médica.**

---

en esa conferencia, adoptaron el compromiso de combatir las limitaciones y obstáculos que afectan a la mujer en todo el mundo, promoviendo su adelanto y potenciación.

<sup>77</sup> SECRETARÍA DE SALUD. *Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género*. 2005, p. 15.

<sup>78</sup> Esta Recomendación fue elaborada por el Comité CEDAW de la ONU, en el 20° Período de Sesiones en el año de 1999, y están dirigidas a todos los Estados Parte que han firmado la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

**5.2.2.A.1.** El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a los servicios de salud.<sup>79</sup>

**5.2.2.A.2.** El derecho constitucional a la protección de la salud es el que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva que esté dirigida a la efectiva satisfacción de la atención individual por encima de las posibilidades personales del sujeto. Pero también significa, -y esto es muy importante-, la obligación (negativa) del Estado para no dañar la salud.<sup>80</sup>

**5.2.2.A.3.** En los expedientes analizados, se observó que la negligencia médica incidió directamente de manera grave en el deterioro de la salud., generando en los casos 1 y 5, lesiones cerebrales irreversibles en la niña y la mujer respectivamente agravadas, lo que a su vez incidió en la posterior pérdida de la vida. Como se mencionó anteriormente, en el segundo caso la consecuencia directa fue la muerte de la madre agravada y el producto de su embarazo.

**5.2.2.A.4.** En el derecho internacional de los derechos humanos se encuentran los artículos 12. 1. y 2. inciso a, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,<sup>81</sup> los que a la letra indican:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños

El Estado Mexicano es Parte de este Pacto, con lo que se ha comprometido a garantizar para sus habitantes el más alto nivel posible de salud física y mental.

**5.2.2.A.5.** Atendiendo a lo instruido en el primer inciso del numeral 12.1. del máximo instrumento internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales, una de las prioridades de la política en materia de salud pública, es la

---

<sup>79</sup> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

<sup>80</sup> ABRAMOVICH, Victor, COURTIS Christian. "Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales" en Abregú, M. y Courtis., C. (comps.) *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales*, Buenos Aires., CELS.

<sup>81</sup> Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200(XXI), el 16 de diciembre de 1966. Aprobado por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

atención de mujeres en su papel de madres, así como de sus hijos menores de edad.

**5.2.2.A.6.** El Consejo Económico Social y Social de las Naciones Unidas al interpretar el mencionado artículo 12 del Pacto en análisis mediante la Observación General número 14(2000), sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, interpretó que se debe entender por servicios de salud de calidad:

Calidad: Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.<sup>82</sup>

**5.2.2.A.7.** En relación con el requisito de la calidad, el Poder Judicial de la Federación Mexicana, a través del Juzgado Séptimo de Distrito del Estado de Guerrero, al resolver el Juicio de Amparo 1157/2007-II<sup>83</sup> sobre el primer caso en que se hace justiciable en nuestro país un derecho económico social y cultural como lo es el de la salud, en relación con un Centro de Salud que no proporcionaba este servicio público en la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatonoc, Estado de Guerrero, señaló:

La calidad en el servicio de salud, es un requisito que abarca no solamente la existencia misma del sistema de salud (dado que de nada sirve un sistema sanitario que opera en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud, sino a su empeoramiento), sino también de igualdad entre quienes acceden a los servicios de salud y de quienes lo hacen en servicios privados.

Esto significa que la calidad en los servicios médicos, implica una atención esmerada que evite a toda costa la negligencia médica y como consecuencia directa, el deterioro en la salud de los usuarios de este servicio.

**5.2.2.A.8.** La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>84</sup> en el artículo 12, instruye:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de

<sup>82</sup> Observación General número 14(2000) E/C.12/2000/4 del Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales). Ginebra, Suiza. 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Párrafo 12, inciso d.

<sup>83</sup> Cfr. foja 32 de la sentencia fechada el 16 de julio de 2008.

<sup>84</sup> Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979. Aprobada por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

**5.2.2.A.9.** Esta Convención consagra el derecho fundamental de las mujeres a la atención médica en dos ámbitos: el primero, que este servicio público se otorgue de manera libre de toda discriminación; y en segundo lugar, al igual que lo hace el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se vuelve a consagrar de manera especial la atención de la salud de las futuras madres, prestando también especial cuidado en el alumbramiento y en el pos-parto.

**5.2.2.A.10.** En lo que corresponde a la Convención sobre los Derechos del Niño,<sup>85</sup> artículo 24.2., incisos b y d, establece que la atención a la salud de las niñas y los niños, debe comenzar por la atención a la salud prenatal y posnatal apropiada a las madres, enfocándose también de manera especial en la reducción de la mortalidad infantil (*cfr.*).

**5.2.2.A.11.** Mientras que en el sistema interamericano de los derechos humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador",<sup>86</sup> establece en el artículo 10, inciso e, el derecho de los grupos sociales de más alta vulnerabilidad y riesgo, para recibir atención para la salud:

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

[...].

e) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

**5.2.2.A.12.** La Ley General de Salud, establece en su artículo 2º, define los propósitos del servicio público en esta materia:

<sup>85</sup> Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Aprobada por el Senado de la República el 19 de junio de 1990 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991.

<sup>86</sup> Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. [...]

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. [...].

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación y mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

Estos señalamientos que hace el numeral segundo de la Ley General de Salud, van encaminados a la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias y de los usuarios, situación que no se logró en ninguno de los casos anteriormente enunciados, exigiendo también una actitud solidaria por parte de quienes prestan este servicio público; actitud que no se observó sobre todo en el quinto caso, cuando la persona agraviada quedó en completa discapacidad, sin ser diligentemente asistida por parte del personal del Centro de Salud en la Delegación Xochimilco.

**5.2.2.A.13.** Mientras que la Ley de Salud del Distrito Federal, es más explícita al consagrar como prioridad en los servicios de salud, la que atiende el área materno-infantil, conforme lo establece el numeral 6 de este ordenamiento jurídico:

Artículo 6°. En las materias de Salubridad General a que se refiere el artículo 13 Apartado B) de la Ley General, dentro del territorio del Distrito Federal, corresponderá al Gobierno realizar las actividades establecidas en ese ordenamiento conforme a sus disposiciones, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

I. Planear, Organizar, Operar, Supervisar y Evaluar de la manera prescrita en la Ley General:

a) La prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación, preferentemente en beneficio de mujeres, hombres, niñas, niños, las y los jóvenes y personas adultas mayores en situaciones especiales de vulnerabilidad y de la población de mayor riesgo y daño;

b) La prestación de los servicios de atención materno-infantil que comprende la atención de las niñas y los niños y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo de su salud mental, la promoción de la vacunación oportuna, la atención especial a la prevención de embarazos precoces y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;

En el numeral 8°. se instituye que el servicio de salud a los grupos vulnerables como las mujeres y los menores de edad, deben brindarse con calidad:

Artículo 8°. La Secretaria de Salud tendrá a su cargo:

IX. Garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente a grupos vulnerables, tal es caso de las niñas, niños, adolescentes; mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural;

Asimismo establece cómo debe ser prestado el servicio de salud en el artículo 16-B, estableciendo que el tratamiento médico debe ser de calidad, respetando respetar los principios médicos científicamente aceptados:

Artículo 16. La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.

Los usuarios de los servicios de salud deberán:

- I. Ser atendidos por un médico;
- II. Ser tratados respetando sus intereses;
- III. **Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados, y**
- IV. **La seguridad en la calidad, y continuidad de la atención médica recibida, independientemente del nivel o unidad donde reciba el servicio.**

**5.2.2.A.14.** Como podemos apreciar, el Distrito Federal como Entidad Federativa, tiene una organización legislativa acorde a los lineamientos internacionales en materia de salud, pero hace falta aterrizar el mejoramiento de las políticas públicas de salud, para que ésta atención se imparta con calidad.

**5.2.2.B. La violación del derecho a la salud por insuficiencia de recursos y personal médico.**

**5.2.2.B.1.** El derecho a la salud consagrado en el mencionado numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, involucra tanto garantías individuales como sociales, por cuanto requiere, para ser efectivo, la participación del individuo, la sociedad y del Estado. El Juez Séptimo de Distrito en el Estado de Guerrero, al resolver el primer caso sobre justiciabilidad en México de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación con el Centro de Salud de la comunidad Mini Numa en el Municipio de Metlatonoc, definió que este artículo constitucional abarca cuatro características específicas sobre el derecho a la salud; entre las cuales, destaca la accesibilidad de éste servicio público:

- a) Es una garantía individual;
- b) Sus titulares pueden ejercerlo libremente;
- c) Es un derecho universal, pues protege a todo ser humano, y

d) Su parte medular consiste en el acceso a todos los servicios de salud.<sup>87</sup>

A continuación se desglosa la fundamentación jurídica relacionada con la disponibilidad de recursos y personal médico, desglosando ambos aspectos:

### **Con relación a la falta de recursos**

**5.2.2.B.2.** Conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el artículo 12.1. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

**5.2.2.B.3.** En relación con este artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas al interpretar este artículo en su Observación General número 14 (2000) sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, definió en el párrafo 12, inciso b, lo que se debe entender por accesibilidad del derecho a la salud.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas (de los cuales para los efectos de esta Recomendación, solamente mencionamos los tres primeros):

El primer inciso refiere que los servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados de la población.

i) No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, [...].

El segundo inciso refiere que los servicios de salud deben ser geográficamente accesibles y alcance de todos, sobre todo de los grupos más vulnerables de la sociedad, como son las mujeres:

ii) Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

El tercer inciso establece que los servicios de salud deben ser accesibles a los sectores de la población económicamente menos favorecidos.

---

<sup>87</sup> Resaltado fuera de lo original.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos. [...]. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

**5.2.2.B.4.** La Convención sobre los Derechos del Niño, instruye en el artículo 24.1.:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho a disfrutar de esos servicios sanitarios.

**5.2.2.B.5.** Este artículo consagra de manera especial el derecho a la accesibilidad de los servicios de salud para las niñas y los niños, al exigir a los Estados Partes – entre los que se encuentra nuestro País-, apliquen las medidas necesarias para que ningún menor de edad se vea privado del disfrute del derecho a la salud.

**5.2.2.B.6.** La misma Convención en el numeral 24.2., inciso c, señala:

Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y [...].

**5.2.2.B.7.** El inciso c) de este artículo hace referencia a la atención especial en salud a las niñas y a los niños al establecer que dentro de la atención primaria para la salud, se deben combatir las enfermedades y problemas de salud que impiden la nutrición de las y los menores de edad, como fue el caso de la menor recién nacida agraviada.

**5.2.2.B.8.** En la Observación General número 7 (2005) del Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños, sobre la Realización de los Derechos de los Niños en la Primera Infancia<sup>88</sup>, se hace la indicación en el punto 27 de este instrumento, que los Estados Partes tienen la obligación de apoyar a las niñas y los niños recién nacidos, para que inicien su vida de manera saludable, a través de la accesibilidad a los servicios de salud desde la etapa prenatal y postnatal.

Prestación de atención de salud:

Los Estados Partes deberán garantizar que todos los niños tengan acceso al más alto nivel posible de salud y nutrición durante sus primeros años, a fin de

---

<sup>88</sup> Realizado en la Ciudad de Ginebra, Suiza, en el 40°. Período de Sesiones del Comité de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño, del 12 al 30 de septiembre de 2005.

reducir la mortalidad infantil y permitir al niño disfrutar de un inicio saludable en la vida (art. 24). En especial:

Los Estados Partes tienen la responsabilidad de hacer efectivo el derecho del niño a la salud, fomentando la enseñanza de la salud y el desarrollo del niño, en particular las ventajas de la lactancia materna, la nutrición, la higiene y el saneamiento

Deberá otorgarse prioridad también a la prestación de atención prenatal y postnatal adecuada a madres y lactantes a fin de fomentar las relaciones saludables entre la familia y el niño, y especialmente entre el niño y su madre (u otros responsables de su cuidado) (art. 24.2). [...].

**5.2.2.B.9.** Dentro del Sistema Interamericano se encuentra el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, el cual establece en el artículo 10, inciso a, el lineamiento de la accesibilidad a los servicios de salud, al alcance de todos los individuos que lo necesiten:

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.

**5.2.2.B.10.** En la legislación local, el artículo 1 bis, fracción V, de la Ley de Salud para el Distrito Federal, establece que el derecho a la protección de la salud, debe ser satisfecho de manera eficaz y oportuna en beneficio de los habitantes del Distrito Federal:

Para los efectos de la presente ley, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

V. El disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Mientras que el numeral 8, fracción XII, del mismo ordenamiento, instruye que es una obligación de la Secretaría de Salud, garantizar la existencia de los insumos para la atención de las y los usuarios de este servicio público:

Artículo 8. La Secretaría de Salud del Distrito Federal tendrá a su cargo:

XII, Garantizar la disponibilidad del cuadro básico de insumos, determinado por la Secretaría y su disponibilidad a la población en general;

**Con relación a la disponibilidad de personal médico.**

**5.2.2.B.11.** El artículo 12.2, inciso d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>89</sup> establece que los Estados Partes deben tomar las medidas necesarias para asegurar la plena efectividad de este derecho, creando las condiciones que aseguren a todos, la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (*cfr*).

**5.2.2.B.12.** Este artículo se concatena con el numeral 2.1., el cual señala que los Estados Partes se comprometen a tomar las medidas necesarias y el máximo de recursos disponibles, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos reconocidos en ese Pacto, entre los que se encuentra el derecho a la salud (*cfr*).

**5.2.2.B.13.** Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

**5.2.2.B.14.** El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”,<sup>90</sup> establece en el artículo 10, inciso b, el lineamiento de hacer extensivo los servicios de salud a todos los habitantes del Estado, lo cual se logra a través de la disponibilidad de personal médico para ello:

Artículo 10. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.

**5.2.2.B.15.** El artículo 12.1. de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,<sup>91</sup> entre las medidas propuestas para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, establece el derecho del género femenino para tener acceso y recibir los servicios de atención médica en general,

<sup>89</sup> Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 2200 (XXI), el 16 de diciembre de 1966. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

<sup>90</sup> Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

<sup>91</sup> Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, ratificada por México el 23 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

así como los que son propios de su sexo. Dicha accesibilidad solamente se logra si existen los recursos y el personal adecuado para ello:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

**5.2.2.B.16.** Por consecuencia, el derecho a la salud es una garantía fundamental de todo ser humano, que implica el cumplimiento de los siguientes principios: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Respecto de la disponibilidad, que se refiere a los recursos humanos suficientes con los que debe contar el sistema de salud, el Comité DESC de la ONU define lo siguiente:

Disponibilidad. Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, **personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país**, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.<sup>92</sup>

**5.2.2.B.17.** Asimismo, se encuentra el artículo 24.2, inciso b, de la Convención sobre los Derechos del Niño, el cual señala:

Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

b) Asegurar de la prestación médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

Este artículo señala que es obligación de los Estados, asegurar el derecho a la salud de las niñas y de los niños, aplicando todas las medidas necesarias para su atención médica. En este caso, la ausencia de los recursos y de personal médico para la atención de emergencia en las situaciones aquí descritas, contribuyeron a generar, en la mayoría de los casos, lesiones graves e irreversibles en las personas agraviadas.

**5.2.2.B.18.** En la legislación local a través de la Ley de Salud del Distrito Federal, el artículo 8, fracciones XXX y XXXI, refiere la obligación de garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad de acceso a la misma:

<sup>92</sup> Observación General número 14(2000) E/C.12/2000/4. *Op. Cit.* Párrafo 12, inciso a.

Artículo 8. La Secretaría de Salud del Distrito Federal tendrá a su cargo:  
XXX Garantizar la atención a la salud sexual y reproductiva;

XXXI Impulsar acciones que garanticen la igualdad de acceso de mujeres y de hombres a la salud;

Correlacionado con el anterior artículo, el numeral 16-Bis, establece como primer derecho de las y los usuarios de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la atención por una o un médico, lo cual solamente es factible de lograr, si se cuenta con el personal para poder atender a todas las mujeres y menores de edad que lo necesiten:

ARTÍCULO 16 Bis.- La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.

Los usuarios de los servicios de salud deberán:

I. Ser atendidos por un médico.

### **5.2.2.C. La violación al derecho a la salud por la omisión de información y el consentimiento informado.**

**5.2.2.C.1.** La información oportuna y el consentimiento informado a las usuarias y usuarios de los servicios médicos, es definido como el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre sus padecimientos, los diversos procedimientos terapéuticos, posibles complicaciones, así como secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable.

**5.2.2.C.2.** El médico español Julio César Galán, refiere en relación con el consentimiento informado.<sup>93</sup>

El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* (arte de la ley), y por mucho tiempo ha sido ajeno a la tradición histórica que lo ha desconocido como principio a lo largo de su historia, situación que a lo largo de la práctica médica se ha ido marginando y por consiguiente olvidando. En el derecho legislado se le considera al consentimiento informado como el

---

<sup>93</sup> GALÁN, Julio César. *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*. Madrid. Editorial Colex. 1997, p. 4.

acto jurídico personalísimo<sup>94</sup> del paciente para admitir o rechazar uno o varios actos biomédicos concretos, en su persona, con fines de atención médica.

**5.2.2.C.3.** El consentimiento informado nace como una respuesta a los experimentos que llevaba a cabo el régimen nazi con seres humanos, desarrollándose el Código de Nüremberg en el año de 1946, donde se exige que todas las personas involucradas en situaciones de experimentación médica, deben tener la capacidad legal y libre de dar su consentimiento, sin la intervención de cualquier elemento como la fuerza, el fraude, el engaño, la coacción, o cualquier otra forma de constreñimiento o coacción.

**5.2.2.C.4.** El derecho de las y los usuarios del servicio médico al consentimiento informado, deriva del derecho a la información, consagrado en el artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>95</sup> y en el numeral 13.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.<sup>96</sup>

**5.2.2.C.5.** En nuestro país, la Comisión Nacional de Bioética creó el Código o Guía de Conducta Bioética y/o Deontológico en abril de 2001, en el cual se dictaron 2 principios que denotan la importancia del consentimiento informado:

I. Principios básicos:

Artículo, sección 1.1: La actuación del médico debe apegarse a la *lex artis*, solicitándole consentimiento informado de los pacientes o sus familiares, excepto en los casos en los que se debe tomar una decisión rápida, sin que ello se demore por la obtención del consentimiento informado.

II. Obligaciones hacia el paciente:

Artículo 2, sección 3: Deben preservarse los derechos y dignidad del paciente, respetando su estado emocional o condición mental y concienciar al paciente y/o familiar responsable para obtener el consentimiento válidamente informado, con plena libertad de aceptar o rehusar, el plan de estudio, tratamiento médico y/o la ayuda médica recomendada.

---

<sup>94</sup> Un acto jurídico personalísimo se entiende como la realización de una acción que solamente puede ser llevado a cabo por la persona directamente implicada, sin que nadie pueda ocupar su lugar para tomar esa decisión y ejecutarla.

<sup>95</sup> Artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

<sup>96</sup> Artículo 13.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.

**5.2.2.C.6.** La Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998 del Expediente Clínico,<sup>97</sup> establece en el numeral 10, los siguientes requisitos que se deben contemplar en la Carta de Consentimiento Informado o de Consentimiento bajo Información:

10. Otros documentos

10.1. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

10.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.1.3. Título del documento;

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.1.5. Acto autorizado;

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario;

10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general;

10.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.1.2.5. Trasplantes;

10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos;

10.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria;

10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.1.4. En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Requisitos de los cuales en el formato universal que se utiliza para los hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no contempla el aspecto de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, aunado a que como se observó en los casos aquí analizados, no se llenan todos los datos que exige el formato.

<sup>97</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998 Expediente Clínico. Ciudad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.

**5.2.2.C.7.** La Ley de Salud del Distrito Federal, establece en el artículo 16 Bis 2, el derecho de las y los usuarios de este servicio, a recibir información sobre su salud y los aspectos médicos de su condición, a excepción única de que el conocimiento de estos hechos, puedan representar un peligro para su propia salud o la vida.

Artículo 16 Bis 2.- El usuario recibirá:

I.- Información apropiada a su condición de género, educativa, cultural e identidad étnica sobre su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive sobre los aspectos médicos de su condición;

II.- Excepcionalmente, se le negará información cuando exista el pleno conocimiento que dicha información representa un peligro para su vida o su salud;

III.- La seguridad de que la información sobre su estado de salud, será confidencial y protegida,

## **6. POSICIONAMIENTO.**

**6.1.** Los derechos humanos son inherentes a toda persona sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social.

**6.2.** Esto lo establece la doctrina jurídica y ha quedado plasmado en las normas jurídicas, pero hay una enorme brecha entre la norma y la práctica, entre la igualdad de *iure* y la igualdad de *facto*. En la práctica las reglas del ordenamiento social responden a patrones socioculturales y por ello, la concepción y la aplicación de los derechos humanos se concibió desde sus inicios bajo un criterio masculino: el hombre como centro del pensamiento humano, y del desarrollo histórico.<sup>98</sup>

**6.3.** Bajo esta forma de pensar, los derechos humanos de las mujeres fueron pensados como un particular del universal masculino y conforme una concepción de las mujeres como minoría. Hay que recordar, por ejemplo, que durante mucho tiempo, las mujeres se beneficiaron de algunos derechos por extensión, al ser cónyuges de un ciudadano hombre; o les fueron negados estos derechos, como el sufragio, reconocido hasta mediados del siglo XX. Ello provocó la exclusión histórica de las mujeres, la invisibilización de las diferencias, la diversidad, así como las especificidades y necesidades de la población femenina.

---

<sup>98</sup> TORRES GARCÍA Isabel, BADILLA Ana Elena. *La Protección de los derechos humanos de las mujeres en el Sistema Interamericano*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Costa Rica. 2005. p. 92.

**6.4.** La perspectiva de género nos remite a las características de mujeres y de hombres, definidas socialmente y moldeadas por factores culturales, razón por la cual son susceptibles de transformación. La discriminación hacia las mujeres ha sido parte de la historia de la humanidad y utilizar la perspectiva de género, permite entender por qué la doctrina de los derechos humanos – en constante evolución y desarrollo– ha contemplado ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos de los derechos de las mujeres.<sup>99</sup>

**6.5.** Es por ello que la Declaración y Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena,<sup>100</sup> realizada en el año de 1993, señala expresamente que: “los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales”; y que la plena participación de la mujer en condiciones de igualdad (en la vida política, económica, social y cultural) y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, deben ser objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

**6.6.** Dentro de los objetivos para lograr la igualdad y saldar la deuda histórica que existe con las mujeres, requiere como primera una de las primeras líneas de acción para erradicar la discriminación y la inequidad contra el sexo femenino, la implementación de políticas públicas en materia de salud que atiendan la problemática propia de enfermedades y patologías que padecen las personas de este sexo (enfermedades genésicas).

**6.7.** En lo que corresponde a los derechos de la infancia, uno de los primeros autores en señalar su importancia fue *Julés Valles* en la obra *El Niño* (1879), estableciendo que la infancia también es acreedora del reconocimiento de sus derechos y en el capítulo IV de su obra dedica un apartado especial sobre su educación y salud, argumentando que si el Estado invierte en obras en estos dos rubros, asegurará que las siguientes generaciones de ciudadanos resulten más constructivas para el país. Actualmente el Estado Mexicano ha participado internacionalmente en la firma y ratificación de tratados internacionales que protegen los derechos de las niñas y los niños, pero aún no se han implementado las políticas públicas suficientes para garantizar a cabalidad su protección.

**6.8.** En septiembre del año 2000, los líderes de 189 países se reunieron en la sede de la Organización de las Naciones Unidas en Nueva York y aprobaron la “Declaración del Milenio”, un acuerdo para trabajar de manera conjunta con el propósito de construir un mundo más seguro, más equitativo y menos pobre. Esta declaración se tradujo en un plan de acción que creó 8 objetivos medibles y con límite de tiempo que deberían alcanzarse para el año 2015, conocidos como Objetivos para el Desarrollo del Milenio. 4 de los 8 objetivos están enfocados a los

---

<sup>99</sup> Ibidem.

<sup>100</sup> Esta Declaración y Plan de Acción son producto de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en la ciudad de Viena, Austria del 14 al 25 de junio de 1993, la cual fue auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas.

grupos de las mujeres y la infancia, y en 3 de los 8 objetivos, se refieren a cuestiones de salud, a saber:

**a) Reducir la mortalidad infantil.**

Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.

**b) Mejorar la salud materna.**

Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Para lograr esto, la ONU determinó que es clave la asistencia de personal calificado en el parto.

**c) Combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades.**

Detener y revertir el avance del VIH y SIDA.

Como podemos apreciar, los objetivos en materia de salud, están enfocados a la salud materno-infantil, procurando la reducción de la mortalidad en este binomio. En la CDHDF estamos conscientes de que el Gobierno del Distrito Federal se encuentra trabajando para lograr este tipo de metas, pero los casos aquí planteados, y los antecedentes que se mencionan en los siguientes párrafos, hacen evidente que aún falta mucho por hacer.

**6.9.** En el año 2002, se emitió la Recomendación 1/2002, por causa de la negativa a practicar una intervención quirúrgica –salpingoclasia-, a una mujer privada de su libertad en el Centro Femenil de Readaptación Social de Tepepan. Se destacó en ese caso, la solicitud de que se instruyera al personal médico encargado de la salud reproductiva de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal., respetara y aplicara los principios del derecho al consentimiento informado.

**6.10.** La CDHDF dirigió 2 Recomendaciones a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la número 10/2006 en la que falleció el producto, y la número 13/2006 en la que fallecieron dos madres de familia. Destaca en el último instrumento recomendatorio, la solicitud de realizar un estudio minucioso de los diversos hospitales de la Red Hospitalaria del Distrito Federal, con especialidades en materia gineco obstétrica, atención de parto y puerperio, en el que se enfatice la supervisión respecto de los recursos humanos y materiales con los que cuentan, para que se detecten las posibles deficiencias y carencias materiales y humanas que se presenten. A la fecha, no se han logrado importantes avances en el cumplimiento de los 3 instrumentos recomendatorios citados, lo cual se confirma con la emisión de esta Recomendación.

**6.11.** El Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal 2008, señala que la mala calidad en el servicio de salud, es un tema recurrente en las quejas recibidas por la CDHDF por presuntas violaciones al derecho a la salud, imputables a los distintos hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En dichas quejas destaca en particular que:

- Los recursos humanos no son suficientes para cubrir la demanda de intervención; en ocasiones no hay personal médico que supla las ausencias del personal, tampoco se cuenta con el personal de enfermería suficiente para la atención de las y los pacientes.
- No se cuenta con los medicamentos, instrumental médico, estudios de gabinete e insumos suficientes y necesarios para cumplir la atención médica de manera eficaz, o éstos se encuentran deteriorados o dañados por su propio uso.
- La atención a la salud de las y los pacientes no es idónea, a pesar de los avances tecnológicos y de la cobertura de los servicios que se han implementado, toda vez que estos no han evolucionado de la misma forma que lo ha hecho la sociedad y la gran demanda que actualmente existe en materia de atención médica.<sup>101</sup>

**6.12.** El Gobierno del Distrito Federal se ha caracterizado por encabezar políticas públicas que atienden a los grupos más vulnerables, tales como el apoyo económico a mujeres solteras, a las niñas y niños con útiles escolares, becas para los jóvenes que estudian el nivel medio superior, y en el caso del sector salud, la práctica médica de la interrupción legal del embarazo.

Es tiempo de que la Secretaría de Salud de nuestra Entidad Federativa realice un esfuerzo mayor para erradicar las prácticas médicas negligentes que atentan contra la salud materno-infantil, y se incrementen los recursos e insumos para la atención en la salud de las mujeres y sus hijas e hijos.

## **7. REPARACIÓN DEL DAÑO.**

**7.1.** Con fundamento en el artículo 113 constitucional, en el artículo 46 de la Ley de esta Comisión, 139 fracción VII del Reglamento Interno de la misma, así como los artículos 77-bis, párrafo tercero de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, se procede a señalar las afectaciones ocasionadas a las víctimas, así como la propuesta a los rubros de reparación por responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal en el ámbito de los derechos humanos.

**7.2.** La Enciclopedia Jurídica Mexicana refiere que la palabra daño deriva del latín *damnum* y lo define como el deterioro, menoscabo, destrucción, ofensa o dolor que se provoca en la persona, cosas o valores morales o sociales de alguien.<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup> El Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal es un instrumento elaborado a iniciativa de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial del Distrito Federal junto con la CDHDF, y se involucró en su elaboración tanto a dependencias públicas como académicas y organizaciones gubernamentales, que en su conjunto a más de 50 instituciones involucradas en diversos temas relacionados con los derechos humanos. La información transcrita proviene de la página 271, párrafo 1092, del citado diagnóstico.

<sup>102</sup> Cfr. GARCIA MENDIETA, Carmen. "Definición de la palabra "Daño"" en Autores Varios, *Enciclopedia Jurídica Mexicana, Tomo III*. México, D.F., Editorial Porrúa, 2002. Página 11

**7.3.** El jurista español Jaime Santos Briz lo define como el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona, ya sea en sus bienes vitales naturales (su vida, libertad o integridad física) o en su patrimonio.<sup>103</sup>

**7.4.** En este sentido, es importante señalar que el agravio a un derecho humano, reviste una dimensión diferente y más grave al daño producido en materia civil, penal o administrativa.

**7.5.** Esto quiere decir que cuando se afecta un derecho humano, se genera una característica sustantiva profunda y de mayor gravedad, porque directa o indirectamente se afecta a una persona o grupo de personas en lo más fundamental de su identidad como ser humano. El hecho de que el daño causado a una víctima sea ocasionado por agentes del Estado, hace multiplicar su grado de afectación, ya que proviene de quien es responsable de velar por su respeto y garantía.<sup>104</sup>

**7.6.** Otro matiz de gravedad, deviene de la característica de la integralidad de los derechos humanos, toda vez que cuando uno de los derechos fundamentales no es respetado, por consecuencia directa se menoscaban los demás derechos fundamentales, causando así una verdadera afectación al individuo.<sup>105</sup>

**7.7.** De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la pretensión original de la reparación del daño en materia de derechos humanos, es restablecer o bien compensar a las víctimas para paliar los daños sufridos por el acto ilícito.<sup>106</sup> Implica el deber de resarcimiento del Estado en un esquema de reparación adecuado,<sup>107</sup> integral y proporcional a los daños producidos. Asimismo, la reparación debe tener como objetivo la plena restitución a la situación anterior a la violación. La propia Corte ha señalado al respecto:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como

<sup>103</sup> Cfr. SANTOS BRIZ, Jaime. "Derecho de daños" en *Revista de Derecho Privado*. Madrid, España, Junio de 1999. Página 254.

<sup>104</sup> Cfr. CALDERÓN GAMBOA, Jorge Francisco. *Reparación del daño al proyecto de vida por violaciones a derechos humanos*. México, D.F., Editorial Porrúa, 2005. (Colección Breviarios Jurídicos No. 26). Páginas 22-23.

<sup>105</sup> Cfr. *Ibidem*.

<sup>106</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia del 21 de julio de 1989. Serie C. No. 8, párrafo 26. Caso Goiburú Jiménez vs. Paraguay, Sentencia sobre Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153, párrafo 143.

<sup>107</sup> De acuerdo con la Corte, "toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente [...]." CIDH. Caso cinco pensionistas v Perú, párrafo 173.

compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.<sup>108</sup>

**7.8.** El fundamento de la intervención de los organismos públicos de derechos humanos para solicitar y determinar reparaciones en materia de derechos humanos, la encontramos en el artículo 63.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos en el cual dispone la necesidad de que un ente público como es a nivel interamericano la propia Corte, requiera su satisfacción a nombre de la persona agraviada, toda vez que al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste, con el consecuente deber de reparar y hacer cesar las consecuencias de la violación (*cfr.*)<sup>109</sup> En estos casos, se establecen relaciones de responsabilidad entre Estados e individuos, donde el único sujeto responsable es el Estado, mientras que los individuos se constituyen en sujetos pasivos.<sup>110</sup>

**7.9.** Estas medidas de reparación que se solicitan en el ámbito de los Derechos Humanos no pueden ser consideradas como penas, ya que su naturaleza es diferente puesto que más bien se constituyen en compensaciones hacia la víctima, nunca en medidas “ejemplarizantes o disuasivas”<sup>111</sup>.

**7.10.** Es importante aclarar que la reparación del daño no solamente está contemplada en el derecho internacional de los derechos humanos, también se encuentra prevista, entre otras disposiciones del derecho interno nacional y local, como son los artículos 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 1910, 1915, 1916, 1927 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; 1928 del Código Civil para el Distrito Federal y 17, fracción IV, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.

**7.11.** En este orden de ideas, el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que la responsabilidad del Estado por los daños que cause en los bienes o derechos de los particulares por causa de una

---

<sup>108</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Velásquez Rodríguez. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, Párr. 26; Caso Godínez Cruz. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 8, Párr. 24. En el mismo sentido, ver Corte IDH. Caso Cinco pensionistas v. Perú, párrafo 174.

<sup>109</sup> *Cfr.* Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Tibi Vs. Ecuador*. Sentencia de 7 de septiembre de 2004. parr. 223

<sup>110</sup> TORO HUERTA, Mauricio Iván del. “La Responsabilidad del Estado en el Marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos” en MÉNDEZ SILVA, Ricardo (Coordinador). *Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Memoria del VII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*. México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 2002. Colección Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM. Página 666. Página Electrónica en Internet, <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/342/32.pdf>

<sup>111</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Garrido y Baigorria*. Op Cit. parr 44

actividad administrativa irregular, será objetiva y directa.<sup>112</sup> El artículo primero, último párrafo de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, define lo que se debe entender por actividad administrativa irregular:

“...aquella que cause daño a los bienes y derechos de los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate”.

**7.12.** La naturaleza y monto de las medidas de reparación del daño dependen de las características de la violación y del daño ocasionado en los planos material e inmaterial, sin que implique enriquecimiento o empobrecimiento para la víctima.<sup>113</sup> En este orden de ideas deben incluir, al menos, los siguientes elementos:

- a. Daño material, que consiste en la pérdida o detrimento de los ingresos, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con las violaciones a los derechos humanos.<sup>114</sup>
- b. Daño inmaterial que comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados y allegadas, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, las alteraciones de carácter no pecuniario en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. Dado que no es posible asignar al daño inmaterial un equivalente monetario preciso, sólo puede ser objeto de compensación mediante el pago de una cantidad de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que los tribunales u organismos públicos de derechos humanos deben determinar en términos de equidad, así como mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan como efecto el reconocimiento de la dignidad de la víctima y evitar que vuelvan a ocurrir violaciones de los derechos humanos.<sup>115</sup>

En jurisprudencia firme emitida por el Sexto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito del Poder Judicial de la Federación,<sup>116</sup> también se encuentra contemplada la reparación por el daño moral, a causa de actos de negligencia médica:

<sup>112</sup> México. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Artículo 113, párrafo segundo en Cámara de Diputados (México). Leyes federales. Fecha de actualización 19 de junio de 2007. Página electrónica en Internet, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/1.doc>

<sup>113</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Goiburú Jiménez vs. Paraguay, Sentencia sobre Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153, párrafo 143.

<sup>114</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Servellón García vs. Honduras. Sentencia del 21 de de septiembre de 2006. Serie C. No. 152. Párrafo 173. Caso Goiburú y Otros vs. Paraguay. Sentencia sobre Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia del 22 de septiembre de 2006. Serie C. No. 153. Párrafo 150.

<sup>115</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77. Párrafo 84; *Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam*. Fondo. Sentencia de 4 de diciembre de 1991. Serie C No. 11, párr. 44; *Caso Perozo vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de enero de 2009. Serie C No. 195. Párrafo 405.

<sup>116</sup> Novena Época; Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; tomo: XVI, noviembre de 2002; tesis: 1.6º.C.J/39; número de registro: 185,572; página: 1034.

DAÑO MORAL, DERECHO A LA REPARACIÓN DEL. SE DA A FAVOR DE UNA PERSONA, COMO CONSECUENCIA DE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA POR UN CENTRO HOSPITALARIO QUE VULNERE O MENOSCABE SU INTEGRIDAD FÍSICA O PSÍQUICA.

En términos del artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal y Código Civil Federal, el daño moral consiste en la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hay daño moral, cuando vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la "integridad física o psíquica" de las personas, siendo independiente del daño material que se cause; luego, si un centro hospitalario le presta a una persona una inadecuada atención médica y por esa circunstancia le irroga a ésta una afectación que le incapacita permanentemente, es indudable que, aparte del daño material, le ocasiona una afectación psíquica que evidentemente, se traduce en un daño moral que altera sus sentimientos y afectos, debiéndola resarcir en términos de ley por ese motivo, independientemente de la indemnización correspondiente al daño material.<sup>117</sup>

c. Garantías de satisfacción y no repetición. Este rubro tiene que ver con la adopción de distintas medidas con el fin de evitar que se puedan dar violaciones de derechos humanos como las ya cometidas.

## La reparación en el presente caso.

**7.13. La reparación del daño material.** Tomando en cuenta los criterios señalados anteriormente, dentro de este rubro se deberá incluir:

*1. El daño emergente.* Conforme a la doctrina de los derechos humanos se entiende al daño emergente como las pérdidas económicas efectivamente sufridas y valubles con certeza, que han sufrido las víctimas o sus familiares, como resultado directo de la violación, que en este caso se traduce en los gastos médicos en que han incurrido los familiares de las víctimas y en su caso, los gastos derivados de los funerales y el destino final del cuerpo de las personas fallecidas.

---

<sup>117</sup> Las 5 sentencias emitidas en el mismo sentido que conforman la jurisprudencia firme son:

- 1) Amparo directo 6396/99. Adrián Hernández Linares. 15 de marzo de 2000. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Ángel Castañeda Niebla.
- 2) Amparo directo 9246/2001. Petróleos Mexicanos. 31 de enero de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretaria: María de los Ángeles Reyes Palacios.
- 3) Amparo directo 4456/2002. Rocío del Carmen Pérez Ramírez. 11 de julio de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Hernández Sánchez.
- 4) Amparo directo 4606/2002. Raquel Mercado Vega. 8 de agosto de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo R. Parrao Rodríguez. Secretario: Sergio I. Cruz Carmona.
- 5) Amparo directo 5716/2002. Isidro Hernández Rodríguez. 26 de septiembre de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretario: Alfredo Lugo Pérez.

*II .El lucro cesante.* Constituye la ganancia que dejó de obtener la víctima o sus familiares a causa de la violación a sus derechos fundamentales.

Por lo anteriormente expuesto, la CDHDF **solicita como reparación del daño en materia de indemnización, que la Secretaría de Salud del Distrito Federal tome en cuenta las reclamaciones de todas y todos los peticionarios y agraviados presentados en este instrumento, a efecto de proceder a la reparación económica que corresponde**, tomando en consideración el daño emergente producido a la economía de las familias afectadas por los fallecimientos y las enfermedades producidas a la madres y sus hijas e hijos, por causa de la negligencia médica producida; aunado a los ingresos que han dejado de percibir las familias afectadas, en aquellos casos en los cuales las madres de familia colaboraban con el sostenimiento económico para el apoyo de sus integrantes.

**7.14. Reparación por el daño moral.** Consistirá en las medidas que deberá tomar la Secretaría de Salud del Distrito Federal para compensar la afectación psicológica de las familias que sufrieron la pérdida de sus hijas e hijos, así como de sus madres, abarcando los programas de terapia psicológica aplicados en beneficio de los miembros de la familia sobrevivientes; la disculpa a los padres de familia, hijas e hijos que sufrieron la pérdida de la figura materna, o a los padres, madres, hermanas y hermanos de las y los recién nacidos que no lograron sobrevivir por causa de los actos de negligencia.

**7.15. Inscripción de las personas agraviadas y sus familias a programas de beneficencia social.** Tomando en cuenta los agravios provocados a las familias de las personas afectadas, se deberán proporcionar los beneficios de programas sociales del Gobierno del Distrito Federal que ayuden a compensar la pérdida irreparable de sus seres queridos.

**7.16. Garantías de no repetición de hechos similares:** Consiste en la implementación de políticas públicas cuyo cumplimiento permitirá modificar los esquemas de la administración gubernamental para mayor protección de los derechos económicos y sociales en materia de salud de las y los habitantes del Distrito Federal.

En este caso, las garantías de no repetición se realizarán en dos vertientes:

- Darle continuidad al diagnóstico sobre la situación del servicio público de la salud materno-infantil que se solicitó en el primer punto recomendatorio de la Recomendación 13/2006, agregando el apoyo de instituciones como la Organización Mundial de la Salud y de las organizaciones de la sociedad civil, en el cual se detecten con base en datos reales, los siguientes datos que contribuirán a mejorar el servicio de salud en el área materno-infantil:

a) El número de médicos especialistas en salud materno infantil que es necesario contratar, para atender eficazmente las necesidades de la población en este ámbito.

b) Las adecuaciones que se tienen que llevar a cabo en las instalaciones de los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de poder atender las demandas de la población que necesite de atención médica materno-infantil.

c) La adquisición de insumos, material terapéutico y aprovisionamiento de medicinas necesarios para la atención médica adecuada de la población que requiere de los servicios de salud materno-infantil en la atención del embarazo, parto y puerperio.

Una vez que se cuente con ese diagnóstico, se deberá preparar un informe especial sobre la salud materno-infantil que deberá presentarse ante el para solicitar al titular del Poder Ejecutivo y a los miembros de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, para llevar a cabo la correspondiente solicitud y asignación de presupuesto para mejorar la atención de la salud materno-infantil en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

- Se modifique el formato universal sobre la Hoja o Carta de Consentimiento Informado para que se cumplan los requisitos mínimos del derecho a la información en beneficio de las personas usuarias de los servicios médicos. Es importante hacer del conocimiento de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que la implementación de un nuevo formato que contenga más datos sobre el tratamiento que se proporcionará a las y los usuarios del servicio médico, así como los riesgos que se asumen, servirá también para contar con mayor protección para las y los médicos servidores públicos, cuando sean objeto de una demanda por negligencia médica.

Una vez que se cuente con ese diagnóstico, se deberá preparar un informe especial sobre la salud materno-infantil que deberá presentarse ante el titular del Poder Ejecutivo y miembros de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, para llevar a cabo la correspondiente solicitud y asignación de presupuesto para mejorar la atención de la salud materno-infantil en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Una vez concluida la investigación, fundamentada y motivada la convicción de esta Comisión sobre la violación de los derechos humanos de las agraviadas(os) y peticionarias(os), con fundamento en los artículos 1, 2, 3, 5, 6, 17 fracción IV, 22 fracción IX, 24 fracción IV, 46, 47, 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como 2, 4, 5, 7, 10, 11 y 136 al 142 de su Reglamento Interno, todos los cuales sustentan la competencia de este organismo público autónomo para la emisión del presente instrumento recomendatorio, este

Organismo formula a usted, C. Secretario de Salud del Distrito Federal, las siguientes:

## **8. RECOMENDACIONES**

**PRIMERO.** Se repare el daño a las personas agraviadas de los casos 1, 2, 4, 6 y 7, así como a las y los peticionarios de los casos 3 y 5, en los siguientes términos:

A) Por el daño emergente, que deberá calcularse con los gastos erogados a causa de la negligencia médica y en su caso, el fallecimiento de las madres y los productos de su concepción.

B) Por el lucro cesante que dejaron de percibir aquellas familias en las cuales las madres de familia fallecidas aportaban al sustento económico y/o cuando los padres de familia tuvieron que dejar de trabajar, para cuidar la salud de las mujeres o recién nacidos(as) que enfermaron gravemente a causa de la negligencia médica, tomando en cuenta para ello, los ingresos que percibían antes de la vulneración a sus derechos fundamentales y la esperanza de vida en promedio, de los habitantes del Distrito Federal.

C) Por los daños provocados en el ámbito moral de las familias afectadas, debido a la pérdida irreparable de los miembros de la familia (madres, hijas e hijos). Esta compensación se llevará a través de medidas terapéuticas psicológicas a quienes así lo soliciten.

**SEGUNDO.** A manera de indemnización, se ofrezca a las familias de las personas agraviadas en programas de beneficencia social dentro de la cartera que al respecto tiene el Gobierno del Distrito Federal, con el propósito de que se inscriban en el que más les convenga.

**TERCERO.** Tomando en consideración los avances realizados en el primer punto recomendatorio del instrumento 13/2006, se otorgue continuidad al estudio sobre los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que brindan atención materno-infantil, recibiendo el apoyo de la oficina en México de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objeto de validar los resultados de este ejercicio de auto-evaluación, que deberá contemplar como ejes principales:

a) El número de médicos especialistas en salud materno infantil que es necesario contratar, para atender eficazmente las necesidades de la población en este ámbito.

b) Las adecuaciones que se tienen que llevar a cabo en las instalaciones de los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de poder atender las demandas de la población que necesite de atención médica materno-infantil.

c) La adquisición de insumos, material terapéutico y aprovisionamiento de medicinas que necesarios para la atención médica adecuada de la población que requiere de los servicios de salud materno-infantil en la atención del embarazo, parto y puerperio.

**CUARTO.** Los resultados de ese estudio se deberán plasmar en un Informe Especial sobre la Atención Materno-Infantil proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y se deberán presentar en un evento público para hacerlo del conocimiento de la o del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, de todas y todos los diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, para que se tomen en cuenta y se implementen en el Programa Operativo Anual del año 2010.

Asimismo, este Informe Especial sobre la Atención Materno-infantil proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá formar parte del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, con el objeto de que sus planteamientos se implementen como políticas públicas encaminadas a mejorar el servicio de salud pública en la salud materno-infantil.

**QUINTO.** Se modifique el formato universal acerca de la Hoja o Carta de Consentimiento Informado, que además de cumplir con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana Mexicana del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998, donde se contemplen los siguientes requisitos mínimos:

a) Se indiquen de manera explicada y entendible para las usuarias y usuarios de los servicios de salud de la Red Hospitalaria del Distrito Federal, los procedimientos médicos que se llevarán a cabo para atender sus problemas de salud.

b) Se informe a las y los usuarios de los servicios médicos, las posibles complicaciones, así como secuelas o riesgos inherentes a los procedimientos de diagnóstico terapéutico y/o rehabilitatorio que les pretendan aplicar.

c) Se anote el número de expediente clínico que fue asignado a la o al paciente.

d) Se instruya que deberá firmar la o el médico responsable, no así las o los médicos residentes, ni tampoco las o los médicos de pregrado.

e) Se mencionen los efectos si no se hace nada, explicando a la o al paciente lo que puede ocurrir en el caso de no realizar el procedimiento.

f) Se instruya que es obligatorio incluir la firma o huella digital de la usuaria o usuario del servicio médico, y en su caso, de la persona responsable, así como de por lo menos un(a) testigo por la o el servidor público médico y un(a) testigo por la persona usuaria, siempre y cuando el paciente no llegue sólo o no se trate de un caso de emergencia, lo cual deberá ser aclarado en el mismo expediente clínico sobre la atención médica proporcionada a la persona usuaria del servicio médico.

g) Se instruya la obligatoriedad de anotar la fecha en que brindó la información sobre las acciones médicas a realizar a las usuarias o usuarios del servicio médico, así como el día en que se otorgó el consentimiento informado.

**SEXTO.** Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, colabore con la Contraloría Interna de esa misma dependencia y con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en la integración de los expedientes que versan sobre la responsabilidad médica profesional de las y los médicos que incurrieron en negligencia médica, conforme a los hechos denunciados en este instrumento recomendatorio.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17, fracción IV, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, tiene el carácter de pública.

Por lo anterior, con fundamento en los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 de su Reglamento Interno, se le hace saber al Secretario de Salud del Distrito Federal, que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que se le notifique esta Recomendación, para responder si la acepta o no, en el entendido de que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que acepte la misma, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Así lo determina y firma:

**MTRO. EMILIO ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA  
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
DEL DISTRITO FEDERAL**

C.c.p. Lic. Marcelo Ebrard Casaubón.- Jefe de Gobierno del Distrito Federal.  
Dr. Phillipe Lamy.- Representante en México de la Oficina Regional de la Organización  
Mundial de la Salud en México.