



Expedientes:

- A. CDHDF/III/122/VC/08/D6749
- B. CDHDF/III/122/TLAH/09/D0169
- C. CDHUS/III/122/VC/09/D4787
- D. CDHDF/III/122/AO/09/D7560

Caso:

Atención a la salud y protección a la vida materno infantil.

Peticionarios/as

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, personas usuarias, y familiares de las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.

Agraviados/as

Usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.

Familiares de las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.

Niñas y niños por nacer.

Niñas y niños, recién nacidos (as), usuarios (as) de los servicios de salud del Distrito Federal.

Autoridades responsables

Secretaría de Salud del Distrito Federal

Derechos humanos violados

- I. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- II. Derecho a la integridad personal.
- III. Derecho a la vida.
- IV. Derecho al desarrollo, supervivencia, a la vida y a la salud de las niñas y niños.
- V. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos].

Proemio y autoridades responsables

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 21 días del mes de agosto de 2013, visto el estado que guardan los expedientes de queja citados al rubro, y una vez concluida la investigación de los hechos motivo de los mismos, la Segunda Visitaduría General de esta Comisión de Derechos





Humanos del Distrito Federal [en adelante "CDHDF", "Comisión" u "Organismo"], con fundamento en los artículos 24 fracción IV y 46 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 82, 136, 137 de su Reglamento Interno, formuló el proyecto de recomendación que, aprobado por el suscrito en términos de lo establecido en los artículos 2; 3; 5; 6; 17 fracciones I, II y IV; 22 fracciones IX y XVI; 47; 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como en los artículos 119, 120, 138 y 139 de su Reglamento Interno, constituye la Recomendación 15/2013 dirigida a la siguiente autoridad:

Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 15 fracción VII, 16, 17 y 29 fracciones IX y X, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de las y los peticionarios y agraviados

De conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, el artículo 5 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se informó a las y los peticionarios y agraviados relacionados con la presente Recomendación, que por ley sus datos personales no son públicos y que en consecuencia permanecerán confidenciales, salvo solicitud expresa para que, en la medida de lo necesario, tal información se publique. Sobre el particular las y los peticionarios y agraviados solicitaron que sus datos personales no fueran publicados.

Con fundamento en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de cada uno de los apartados que constituyen la presente Recomendación:

Desarrollo de la Recomendación

I. Relatoría de hechos

I.1. Antecedentes

Durante los años 2008 y 2009 se iniciaron en esta Comisión los expedientes citados al rubro, en los cuales se presumió la violación al derecho a la salud, a la vida y a la integridad personal de mujeres embarazadas, niños(as) por nacer y niños(as) usuarios(as) de los servicios de salud del Distrito Federal.

Los hechos de las quejas se dan en el contexto de una atención médica deficiente al término del embarazo, ya sea por una mala práctica médica¹ o por la falta de equipo médico adecuado y suficiente en los siguientes hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal [en adelante "Secretaría de Salud" o "SSDF"]: Hospital General Dr. Gregorio Salas, Hospital General Dr. Enrique Cabrera, Hospital Materno Infantil Inguarán y Hospital Materno Infantil Tláhuac.

¹ La mala práctica médica la podemos definir como la omisión del deber de cuidado por parte del personal médico responsable de atender a la paciente.



Algunos de los casos que se presentan en la Recomendación culminaron en la muerte de la madre o del niño, o bien, dejaron secuelas en la salud de mujeres, niñas y niños.

De las quejas también se desprende la existencia de violencia institucional, violencia obstétrica y violencia en contra de los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva, lo cual se traduce en discriminación de la mujer, ya que el gobierno del Distrito Federal no garantizó lo necesario para la especial atención de la salud de las mujeres, sobre todo en el caso de emergencias obstétricas.

I.2. Hechos que dieron origen a las quejas

I.2.1. Caso "A" [expediente CDHDF/III/122/VC/08/D6749]

El día 12 de noviembre de 2008, se recibió en esta Comisión la llamada telefónica de la peticionaria 1, persona que se negó a proporcionar sus datos de identificación, quien refirió lo siguiente:

Labora en el Hospital Materno Infantil Inguarán, lugar en el que constantemente se han presentado deficiencias médicas, tal y como la que ocurrió el 10 de noviembre de 2008, cuando siendo las 23:00 horas ingresó por el área de urgencias una persona del sexo femenino, agraviada 1, de la cual sólo tiene conocimiento que su padecimiento era ginecológico, y quien requería de una transfusión sanguínea en virtud de que se estaba desangrando. Personal del Hospital General Balbuena tardó diez minutos en trasladar la sangre que el Hospital Materno solicitó; sin embargo, al parecer la solicitud de sangre nunca se llevó a cabo, lo que derivó en que en la madrugada del 11 de noviembre la paciente falleciera. Aunado a lo anterior, dicha paciente fue atendida por médicos residentes, los que se vieron obligados a esperar que se presentara un médico para realizar el certificado de defunción, toda vez que no sabían cómo protegerse de su negligencia.

I.2.2. Caso "B" [expediente CDHDF/III/122/TLAH/09/D0169]

El 9 de enero de 2009, se recibió la queja de la peticionaria 2, de la que se desprenden los siguientes hechos:

Su amiga, agraviada 2, quien contaba entonces con 22 años de edad, ingresó a las 04:00 horas del 9 de enero del año 2009 al Hospital Materno Infantil Tláhuac, a fin de ser atendida de su embarazo, toda vez que ya se encontraba en tiempo de dar a luz. En dicho hospital no fue atendida sino hasta las 14:00 horas cuando se le rompió la fuente y comenzó a desangrarse; siendo las 16:00 horas los médicos del hospital le indicaron que el producto había fallecido y que ya no podían hacer nada. Desde esa hora la agraviada 2 se encontraba acostada en una camilla dentro del hospital, sin que le hubiesen realizado el legrado para retirarle al producto. Lo anterior mantenía sumamente molesta a la peticionaria 2, toda vez que la agraviada 2 presentaba malestares, dolores y estaba muy deprimida por lo sucedido, situación por la que temía que se agravara su estado de salud por la falta de atención médica.



Personal de este Organismo se entrevistó con un médico del Hospital Tláhuac, el cual informó que en esa fecha a la paciente se le había realizado una cesárea por la que se extrajo un producto que pesó tres kilos trescientos veinticinco gramos, el cual fue entregado muerto a los familiares de la agraviada 2.

I.2.3. Caso "C" [expediente CDHUS/III/122/VC/09/D4787]

El 23 de julio de 2009, el peticionario 3 manifestó que el 10 de julio de 2009 su esposa, agraviada 3, de 38 años de edad, se encontraba en término para dar a luz, por lo que se dirigió al Hospital Materno Infantil Inguarán.

Su esposa tenía programado el parto, por lo que al llegar informó al doctor que el niño por nacer se movía demasiado y tenía fuertes dolores y solicitó que le realizaran una cesárea, pero el médico que la atendió hizo caso omiso, sólo le dijo que podía esperar; al día siguiente, su esposa avisó a través de una enfermera que no sentía movimiento alguno del niño por nacer. El mismo médico le suministró un medicamento para que tuviera contracciones y posteriormente realizó la cirugía, pero al obtener al niño se percató de que no se movía; el médico argumentó a la agraviada 3 que no debía preocuparse, pues éste estaba estresado y que eso se le quitaría; sin embargo al tercer día falleció. Situación que el peticionario consideró arbitraria y violatoria de derechos humanos porque desde su llegada al Hospital su esposa insistió en que le realizaran la cirugía pero el doctor hizo caso omiso, cometiendo negligencia médica y la consecuencia fue el deceso del producto de la gestación.

I.2.4. Caso "D" [expediente CDHDF/III/122/AO/09/D7560]

El 30 de noviembre de 2009 la agraviada 4 refirió que aproximadamente a las 16:30 horas del 11 de noviembre acudió en compañía de su esposo, agraviado 4, al Hospital General Dr. Enrique Cabrera para ser atendida de su parto. Se inició la atención y aproximadamente a las 23:00 horas, estando a la mitad de la intervención, los médicos tratantes sin motivo ni causa justificada le aplicaron anestesia general, con el argumento de que presentaba sufrimiento fetal y existía la necesidad de practicarle una cesárea. Una vez finalizada la intervención no se le permitió ver a su hijo y fue trasladada al área de recuperación del hospital. En dicha área, sin la autorización de su esposo y sin tomar en consideración que permanecía convaleciente e inconsciente por la recuperación de la anestesia, le hicieron firmar unos documentos.

Posteriormente un servidor público del hospital se comunicó vía telefónica con su esposo, a quien le solicitó acudiera al hospital. Una vez en el lugar, los médicos con los que se entrevistó le informaron que su esposa se encontraba grave de salud, por lo que había necesidad de trasladarla en helicóptero al Hospital General La Villa, donde permaneció hospitalizada del 12 al 15 de noviembre de 2009, recibiendo la atención médica y los medicamentos que necesitaba. No obstante lo anterior, nunca le explicaron la atención médica que se le brindó ni los motivos por lo que se le realizó la cesárea y una histerectomía (extirpación del útero); asimismo, su esposo no recibió reportes de su estado de salud, no le entregaron informes clínicos ni copia de las valoraciones y determinaciones médicas practicadas; sólo le entregaron una hoja de egreso, misma que contenía indicaciones pero no le dieron los medicamentos señalados en ella. Finalmente, el mismo día de su egreso del Hospital La Villa, acudió al Hospital General Dr. Enrique Cabrera donde le entregaron a su hijo, sin ningún problema, sin ningún padecimiento, ni malestar alguno. En la fecha de la interposición de la



queja la agraviada 4 se encontraba en recuperación pero inconforme porque teniendo 20 años de edad y sin su consentimiento informado le habían quitado el útero, lo cual conculcaba sus derechos sexuales y reproductivos.

II. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

La Competencia de esta Comisión para conocer de los hechos que se presentan está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [en adelante "Constitución"]. Así, le corresponde a esta Comisión, como resultado de su procedimiento de investigación de quejas, establecer si existe violación de los derechos humanos y la responsabilidad por parte de las autoridades del Distrito Federal. Asimismo, le corresponde en exclusiva determinar los derechos que han sido violados, así como interpretar los alcances y límites de sus propias facultades, conforme al principio de competencia de la competencia². Por tanto, la validez de la competencia no está sujeta a la interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo examen de esta Comisión.

Por lo anterior, con fundamento en el apartado B del artículo 102 de la Constitución, en los artículos 2 y 3 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal;³ en el artículo 11 de su Reglamento Interno;⁴ así como en los denominados Principios de París,⁵ este Organismo tiene competencia por las siguientes razones:

En razón de la materia —*ratione materiae*—, debido a que de los hechos esta Comisión presumió la violación a los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la integridad personal, a la vida, al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y los derechos de las niñas y los niños.

En razón de la persona —*ratione personae*—, ya que las violaciones a los derechos humanos fueron atribuidas a servidores públicos del Distrito Federal, adscritos a la Secretaría de Salud.

En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Distrito Federal.

² *Compétence de la compétence*: el principio de competencia de la competencia quiere decir que el ente tiene la facultad de pronunciarse respecto de su propia competencia; éste principio se establece en la Convención Americana sobre Derechos Humanos [artículo 62, inciso 3.], en la jurisprudencia de la Corte Interamericana, y ha sido adoptada por la práctica arbitral y judicial.

³ El artículo 2 establece como objeto de la CDHDF, la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como el combate a toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social. El artículo 3 dispone que el organismo será "competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal."

⁴ De acuerdo con el cual: "[l]a Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor (a) público (a) [del Distrito Federal]."

⁵ Resolución A/RES/48/134 del 20 de diciembre de 1993. Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos [Principios de París], que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia [Apartado A, punto 3, inciso b].



En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos atribuidos a los funcionarios públicos mencionados *supra* sucedieron en los años 2008 y 2009, esto es con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo; asimismo, se hicieron del conocimiento de esta Comisión dentro del marco temporal que permite a los peticionarios presentar sus quejas.

III. Procedimiento de investigación

III.1. Una vez establecidos los hechos y la competencia de este Organismo para la investigación de los mismos, a fin de documentar los casos se plantearon como hipótesis de trabajo las siguientes:

III.1.1 La Secretaría de Salud violó el derecho a la salud e integridad personal de las madres agraviadas, usuarias de los servicios de salud de la red hospitalaria del Distrito Federal por mala práctica médica y carencia de equipo médico en los hospitales que se mencionaron.

III.1.2. La Secretaría de Salud violó el derecho a la vida de una mujer por causas atribuibles a una inadecuada atención médica de su embarazo de término, en el Hospital Materno Infantil Inguarán.

III.1.3 La Secretaría de Salud violó el derecho a la vida de los neonatos debido a la mala atención médica prestada a las madres durante el término de sus embarazos.

III.1.4. La Secretaría de Salud omitió dar información oportuna sobre el procedimiento quirúrgico definitivo practicado a una de las agraviadas.

III.1.5. La Secretaría de Salud violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia al no brindar atención médica oportuna y de calidad al término de su embarazo, derivado de la falta de recursos para atender las necesidades de salud especiales de las mujeres.

III.1.6 La Secretaría de Salud no realizó una adecuada valoración médica al omitir realizar el partograma a que se refiere la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, vigente en la fecha en que ocurrieron los hechos.

III.2. Para documentar las hipótesis planteadas se realizaron las siguientes acciones:

III.2.1. Solicitud de adopción de medidas precautorias y requerimientos de información a la Secretaría de Salud y a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal [en adelante "PGJDF" o "Procuraduría"]. Una vez recibidos los informes fueron analizados y valorados por esta Comisión, en términos de lo dispuesto por el artículo 120 de su Reglamento Interno.

III.2.2. Se recabaron testimonios de las y los peticionarios y las y los agraviados.

III.2.3. Se llevó a cabo la revisión de expedientes médicos y de los protocolos de necropsia (en algunos de los casos). A partir de esta documentación, médicos de esta Comisión elaboraron las opiniones correspondientes.



III.2.4. Se consultaron documentos, Recomendaciones e informes sobre el seguimiento al cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con la salud materno infantil emitidos por esta CDHDF.

III.2.5. Se revisó el marco jurídico mexicano, así como documentos, observaciones e informes de Organismos Internacionales sobre estándares en materia de derechos humanos, en particular sobre salud materna, así como de los derechos de la niñez.

IV. Evidencia

Esta Comisión recabó la evidencia que acredita la violación a los derechos humanos, misma que se encuentra detallada en el documento "Anexo" que forma parte de la presente Recomendación.

V. Derechos Violados

V.1. Marco jurídico aplicable

El 10 de junio de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la principal reforma que se haya hecho a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de derechos humanos.

Es importante resaltar los primeros tres párrafos del artículo 1º reformado, que a la letra señalan:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Es así que la Constitución establece que todas las personas gozan de todos los derechos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Es importante señalar que para determinar el alcance de las obligaciones de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos se tendrán que analizar las normas relativas a derechos humanos contenidas en la Constitución y en los tratados, a la luz de los criterios de los



órganos creados para controlar tanto la adecuada aplicación de la Constitución en el ámbito interno, como en el ámbito internacional. En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación estableció los parámetros y pasos a seguir cuando se aplique el control de convencionalidad por todas las autoridades del país,⁶ lo que incluye a los Organismos Públicos Autónomos.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación señaló que para observar los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, se deberá acudir a los criterios del Poder Judicial de la Federación, así como a la sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [en adelante "Corte IDH"] en los casos en los que México no haya sido parte, con miras a determinar cuál es más favorable y ofrezca mejor protección al derecho en cuestión.⁷

En el análisis de los casos que forman parte de la presente Recomendación, la CDHDF debe incluir la jurisprudencia de los tribunales internacionales a los que México reconoce competencia,⁸ así como las interpretaciones de los órganos creados por tratados internacionales de derechos humanos, la legislación nacional, el derecho comparado y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia,⁹ dentro de los que se incluyen los principios y criterios establecidos por los procedimientos especiales de la Organización de las Naciones Unidas.

Por lo que se refiere a los pasos a seguir en el control de constitucionalidad, la Suprema Corte de Justicia de la Nación señaló lo siguiente:

[...] el Poder Judicial al ejercer un control de convencionalidad *ex officio* en materia de derechos humanos, deberá realizar los siguientes pasos: a) Interpretación conforme en sentido amplio, lo que significa que los jueces del país —al igual que todas las demás autoridades del Estado Mexicano—, deben interpretar el orden jurídico a la luz y conforme a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los cuales el Estado Mexicano sea parte, favoreciendo en todo tiempo a las personas **con la protección más amplia**; b) Interpretación conforme en sentido estricto, lo que significa que cuando hay varias interpretaciones jurídicamente válidas, los jueces [así como todas las demás autoridades del país] deben, partiendo de la presunción de constitucionalidad de las

⁶ SCJN. TESIS Núm. LXVIII/2011. Novena época. Instancia: Pleno. PARÁMETRO PARA EL CONTROL DE CONVENCIONALIDAD EX-OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

⁷ Es importante aclarar que la Suprema Corte de Justicia en sus tesis supra se refirió exclusivamente a los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por tratarse de un asunto vinculado a la misma: el cumplimiento de la Sentencia del Caso Rosendo Radilla Pacheco. Esta Comisión en el ejercicio de control de convencionalidad *ex officio* amplía su parámetro para incorporar todos los tratados de derechos humanos que crean mecanismos de supervisión y los demás tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia contenciosa, a la luz del conjunto de las obligaciones internacionales generales del Estado mexicano.

⁸ El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia del cual México es parte señala en su artículo 38 que las fuentes del derecho internacional, así como las fuentes auxiliares, son las siguientes: "a) las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados [...]; b) la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho [...]"

⁹ SCJN. TESIS Núm. LXIX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. PASOS A SEGUIR EN EL CONTROL DE CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD EX OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.



leyes, preferir aquella que hace a la ley acorde a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte, para evitar incidir o vulnerar el contenido esencial de estos derechos; c) Inaplicación de la ley cuando las alternativas anteriores no son posibles.

Por otro lado, el citado artículo 1º estableció que para interpretar las normas de derechos humanos se tendrán que emplear los principios de interpretación conforme y pro persona. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que "[...] todas las demás autoridades del país [diferentes al poder judicial] en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de aplicar las normas correspondientes haciendo la interpretación más favorable a la persona para lograr su protección más amplia [...]"¹⁰.

Por todo lo anterior, para esta Comisión, en concordancia con lo establecido por el máximo tribunal nacional, el parámetro de análisis para determinar las obligaciones de la autoridad en materia de derechos humanos, es el siguiente:

- a) todos los derechos humanos establecidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales de los que México sea parte;
- b) la jurisprudencia del Poder Judicial de la Federación y de la Corte IDH, aplicando aquella que ofrezca mayor protección a la persona. En este mismo nivel se considerarán los criterios interpretativos de los órganos internacionales, creados para supervisar el cumplimiento de los Estados de sus obligaciones en materia de derechos humanos;
- c) la legislación aplicable y otras normas jurídicas relevantes.

A continuación se desarrollan los derechos que esta Comisión considera violados en perjuicio de las personas agraviadas:

V.2. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, derecho a la integridad personal y derecho a la vida en relación con el acceso a los servicios de salud de la mujer durante el embarazo y los derechos al desarrollo, supervivencia, a la vida y a la salud de las niñas y niños.

La Constitución en su artículo 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; además, marca la pauta de la concurrencia para la garantía de este derecho entre los estados y la Federación.

La salud reproductiva es un aspecto fundamental en el bienestar, especialmente de las mujeres. No contar con acceso regular a servicios seguros y de calidad ocasiona que las mujeres sean vulnerables a un sinnúmero de complicaciones de la salud, que pueden llegar incluso a la muerte o a

¹⁰ SCJN. TESIS Núm. LXX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. SISTEMA DE CONTROL CONSTITUCIONAL EN EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.



consecuencias nocivas para su salud, especialmente durante la etapa de embarazo, parto y puerperio.¹¹

En el Distrito Federal, según la Ley de Salud, la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y está considerada dentro de los servicios básicos de salud. En ese sentido, la Ley establece como una de las obligaciones de Gobierno del Distrito Federal otorgar dicha atención, que entre otros, comprende la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.¹²

Además, para hacer frente a las situaciones derivadas de la atención a la salud de la mujer, el apartado 20.3 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal [Maternidad sin riesgos y reducción de la morbilidad materna], tiene como estrategia: "Garantizar la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a través de servicios de calidad y calidez que contemplen la asistencia durante el embarazo, incluyendo la atención obstétrica de emergencia, el parto y el puerperio, otorgándolos de manera gratuita cuando sea necesario." Entre las líneas de acción se encuentra la de dotar del equipo médico y contar con el personal suficiente a efecto de que las 24 horas del día se esté en disponibilidad de prestar la atención médica requerida,¹³ así como la importancia de atender emergencias obstétricas, entre otras.

Es importante destacar que el Programa de Derechos Humanos es de carácter obligatorio para las autoridades del Distrito Federal, tal como lo señala el artículo 8 de la Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, que establece que "corresponde a las instancias ejecutoras de conformidad con sus facultades y competencias legales, analizar e implementar las líneas de acción que les atañen relacionadas con el Programa."¹⁴

Por otra parte, de acuerdo a las obligaciones del Estado mexicano derivadas del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁵ [en adelante "PIDESC"] y de Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" [en adelante "Protocolo de San Salvador"] el contenido del derecho a la salud implica el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.¹⁶ El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, sino que impone la obligación a cargo de los Estados de generar condiciones en las cuales todas y todos puedan vivir lo más saludablemente posible.¹⁷

¹¹ Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2008. Párrafo 1178.

¹² Ley de Salud del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009. Artículos 5, 17 y 49.

¹³ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2009. Línea de acción 1376.

¹⁴ Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 30 de mayo de 2011.

¹⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales [PIDESC]. Suscrito por México el 18 de diciembre de 1980, ratificado el 23 de marzo de 1981, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

¹⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Adoptado en El Salvador, San Salvador el 17 de noviembre de 1988, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 1998; artículo 9: PIDESC, artículo 12.

¹⁷ Cfr. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>



El PIDESC establece en su artículo 10.2 la especial protección que se debe conceder a las madres durante un lapso razonable antes y después del parto. Además el artículo 12 de dicho instrumento establece el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Como una de las medidas para lograr ese derecho están las necesarias para la reducción de la mortinatalidad y la creación de condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios en caso de enfermedad.¹⁸

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en adelante "Comité DESC"], encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, en su Observación General 14, ha establecido que para el desarrollo y cumplimiento del derecho a la salud es necesario adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, incluida la atención anterior y posterior al parto y los servicios obstétricos de urgencia. Asimismo, en dicha Observación General el Comité ha considerado como elementos indispensables para la atención de la salud los siguientes:

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

b) *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:

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, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

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, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos

¹⁸ Cfr. PIDESC. Artículo 12.2.



socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de 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.

En ese sentido, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, establece la obligación de los Estados de adoptar medidas para asegurar los servicios apropiados de salud a la mujer en relación con el embarazo, el parto y el puerperio, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.¹⁹

En interpretación al alcance del artículo anterior, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, [en adelante el "Comité de la CEDAW"], se ha pronunciado por la necesidad de que los Estados cumplan con su obligación de garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y la asignación a esos servicios del máximo de recursos disponibles. Lo anterior en razón de que muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resulta necesario acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad.²⁰

Como parte de las obligaciones de los Estados en materia de salud de las mujeres, el Comité de la CEDAW ha establecido que los Estados Partes de la Convención deben: garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud en la esfera de la salud sexual y genésica; supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención; exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, entre otros.²¹

¹⁹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180, el 18 de diciembre de 1979. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981. Artículo 12.

²⁰ Comité de la CEDAW. Recomendación General N° 24, sobre el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: La mujer y la salud. Adoptada en el 20° periodo de sesiones, 1999. Párrafo 27.

²¹ *Ibidem*. Párrafo 31.



El Comité de la CEDAW en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de México, insta a ampliar "la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios."²²

Es importante mencionar que el Comité de la CEDAW al resolver el caso "Alyne da Silva Pimentel c./ Brasil" (primer caso de mortalidad materna que le fue presentado), consideró que el Estado debía asegurar el acceso para todas las mujeres, a un costo razonable, al tratamiento obstétrico de emergencia y a recursos judiciales efectivos. Asimismo, recomendó al Estado brasileño proveer capacitación profesional adecuada para los trabajadores de la salud, asegurar el cumplimiento por parte de las instituciones privadas de los estándares nacionales e internacionales de atención médica reproductiva, y reducir las muertes maternas prevenibles.²³

En el sistema regional de derechos humanos, el Protocolo de San Salvador establece como medidas para garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, entre otras:

- a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- [...]
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.²⁴

Respecto de las obligaciones de los Estados Americanos para la protección de las mujeres embarazadas, el Protocolo de San Salvador estipula la necesidad de que éstos brinden adecuada protección a las mujeres, en especial para conceder atención y ayuda a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto.²⁵

La Convención Americana sobre Derechos Humanos [en adelante "Convención Americana" o "CADH"] establece la obligación por parte de los Estados de adoptar medidas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad.²⁶ La progresividad efectiva implica que los Estados deben adoptar medidas de inmediato para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales, lo más pronto que les sea posible. En ese sentido, el Comité DESC ha

²² Comité de la CEDAW. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México. 36º periodo de sesiones, 25 de agosto de 2006. CEDAW/C/MEX/CO/6. Párrafo 33.

²³ El caso se refiere a una mujer afrobrasileña, que murió a los 28 años como consecuencia de complicaciones relacionadas con un embarazo después de que un centro de salud de Río de Janeiro no le proporcionara acceso adecuado y oportuno a tratamiento obstétrico de emergencia. Comité de la CEDAW. Resolución CEDAW/C/49/D/17/2008, del 10 de agosto de 2001. Comunicación 17/2008. Párrafo 8.

²⁴ Protocolo de San Salvador. Artículo 10.

²⁵ *Ibidem*. Artículo 15.

²⁶ Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969. Artículo 26. La consecución progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales también se encuentra reconocida en el artículo 2.1 del PIDESC.



señalado que incumbe al Estado "demostrar que está realizando progresos apreciables hacia la plena efectividad de los derechos."²⁷

El concepto de progresividad aun y cuando supone que la efectividad de todos los derechos económicos, sociales y culturales en general no podrá lograrse en un breve tiempo, impone a los Estados una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo. Asimismo, corresponde al Estado una obligación mínima de asegurar la satisfacción de, por lo menos, niveles esenciales de cada uno de los derechos, es decir que existen acciones de realización inmediata.²⁸

Por lo tanto, la progresividad no debe interpretarse en el sentido de privar de contenido a las obligaciones del Estado de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud. La realización progresiva significa que el Estado tiene la obligación concreta y constante de avanzar de manera expedita y eficaz hacia la plena realización de ese derecho.²⁹

En ese sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en adelante "CIDH" o "Comisión Interamericana"] en su informe del año 2010 sobre el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, estableció que el cumplimiento de las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación "pueden contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna - entendida esta última como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto- y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios."³⁰

En el informe, la CIDH consideró que para cumplir con las obligaciones fundamentales en materia de salud materna los Estados deben adoptar medidas prioritarias inmediatas, tales como:

- La identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.
- La aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia, y a la atención previa y durante el parto.
- La incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna.
- La priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación como las mujeres

²⁷ Directrices de Maastricht sobre las Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Maastricht, 22-26 de enero de 1997. Párrafo 8.

²⁸ Cfr. Comité DESC. Observación general N° 3: La indole de las obligaciones de los Estados Partes. (Artículo 11[2] del PIDESC). E/1991/23. 5to. período de sesiones, 1990

²⁹ Comité DESC. Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). E/C.12/2000/4. 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000: Párrafo 31.

³⁰ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69. 7 junio 2010. Párrafo 1.



indígenas, afrodescendientes y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.

- La educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como de servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar.
- El diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
- El acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos.³¹

Una de las principales barreras que la CIDH identificó es "la falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto y/o puerperio, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para responder a estas emergencias, particularmente la atención de emergencias obstétricas."³² Por otro lado, la calidad del servicio en ocasiones influye de manera negativa en la decisión de las mujeres de acudir por servicios médicos. A lo anterior se adiciona el trato irrespetuoso del personal médico a las usuarias que puede llegar a ser humillante.³³

Es importante mencionar que la violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres trae como consecuencia la violación al derecho a la integridad personal. El derecho a la integridad personal consiste en asegurar la integridad física y psicológica de la persona y prohíbe la injerencia arbitraria del Estado en esos atributos,³⁴ el acceso a los servicios adecuados de salud es una de las medidas principales para garantizar dicho derecho.³⁵ La denegación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo ocasiona un daño a la salud de las mujeres, lo que causa a la familia y en particular a la mujer estrés emocional que constituye una violación al derecho a la integridad personal.³⁶

Además, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas se ha pronunciado en el sentido de que algunas de las muertes maternas son prevenibles, a la vez que "suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que también exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas."³⁷

Es importante mencionar uno de los tres Objetivos del Desarrollo del Milenio³⁸, relacionados con el derecho a la salud, es reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, así como

³¹ *Ibidem*. Párrafo 20.

³² *Ibidem*. Párrafo 31.

³³ En ocasiones dicho trato se puede considerar como una de las peores consecuencias del modelo hegemónico, que niega a la paciente conocimiento alguno sobre su cuerpo, más cuando se trata de mujeres.

³⁴ *Cfr.* Huertas Díaz, Omar, et. al. La vulneración del derecho a la integridad personal: El peor flagelo que puede sufrir un ser humano. *Revista de Temas Constitucionales*. IIJ-UNAM. 2007. Páginas 155-186.

³⁵ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Op. Cit.* Párrafo 39.

³⁶ *Idem*.

³⁷ Consejo de Derechos Humanos. 11/8 Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos. 1º período de sesiones. A/HRC/11/L.16/Rev.1. 12 de junio de 2009.

³⁸ Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial; abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria



lograr el acceso universal a la salud reproductiva. En el Distrito Federal la tasa de mortalidad materna para el 2010 es una de las más altas del país, la reducción en la tasa de mortalidad materna se encuentra por debajo del 21.7%.³⁹

Por su parte, las fallas estructurales en el sector salud como la falta de equipo y personal médico para atender a las mujeres embarazadas y especialmente a las mujeres con emergencia obstétrica, además de la configuración de una violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, representa una violación al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en particular representa violencia institucional y violencia obstétrica, como se analizará más adelante.

Por otro lado, como ha sido ya expuesto por esta Comisión,⁴⁰ el derecho a la vida está reconocido como derecho humano en diversos instrumentos internacionales que forman parte de la normativa aplicable al Estado mexicano. Por ejemplo, en el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁴¹ y en el artículo 4 de la Convención Americana⁴². Asimismo, se encuentra consagrado en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴³ y en el artículo 1 de la Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre.⁴⁴

En relación con este derecho, la Corte Interamericana, en su jurisprudencia constante, ha afirmado que "el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido."⁴⁵ Señala también la necesidad de que los Estados adopten las medidas apropiadas para garantizarlo [obligación positiva].⁴⁶

universal para el 2015. El objetivo 5 (1) se refiere a la disminución del 75% de la mortalidad materna de 1990 a 2015. Fuente: Portal de internet de la Organización de las Naciones Unidas.

Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml>

³⁹ Fuente: Dirección General de Información en Salud 1990, Secretaría de Salud. Bases de datos definitivas 2010, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Información obtenida de la página web del Observatorio de Mortalidad Materna en México. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/mp_objtv5.pdf
⁴⁰ CDHDF, Recomendaciones 22/2009, 28 de septiembre de 2009, 07/2011 del 25 de agosto de 2011.

⁴¹ El artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula que el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero 1981.]

⁴² El artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

⁴³ El artículo 3 de esta Declaración Universal de Derechos Humanos, señala que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. [El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos].

⁴⁴ Dicha Declaración establece en su artículo 1 que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. [Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. OAS Res. XXX, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. 1948.]

⁴⁵ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Párrafo 124.

⁴⁶ Cfr. Corte IDH. Caso "Instituto de Reeducación del niño" Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004, Serie C No. 112. Párrafo 158. Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párrafo 237.



Para la determinación de responsabilidad estatal derivada de la falta de adopción de medidas positivas para la protección del derecho a la vida, la Corte Interamericana ha retomado criterios jurisprudenciales de la Corte Europea de Derechos Humanos,⁴⁷ estableciendo lo siguiente:

Para que surja esta obligación positiva, debe establecerse que al momento de los hechos las autoridades sabían o debían saber de la existencia de una situación de riesgo real e inmediato para la vida de un individuo pero no tomaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo.⁴⁸

Con relación a los servicios de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarlos, la Corte Interamericana ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.⁴⁹ En este contexto, los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud [en la esfera pública y privada] para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.⁵⁰

El Comité de la CEDAW se ha pronunciado, como mencionamos *supra*, en el sentido de que la violencia contra la mujer que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, en virtud del derecho internacional y de los derechos humanos, constituye discriminación, uno de esos derechos además del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es el derecho a la vida.⁵¹

En el caso particular de la mortalidad materna, además de constituir en ocasiones una violación al derecho a la vida, según la Organización Mundial de la Salud [en adelante "OMS"], es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas.⁵²

En ese sentido la OMS ha considerado que para reducir la mortalidad materna, "todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo durante el puerperio." Además, observa que es particularmente importante "que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte."

⁴⁷ Véase también Corte Europea de Derechos Humanos. *Kılıç v. Turkey* (2000) III; *Öneryıldız v. Turkey*, Application no. 48939/99, EurCourt HR [gc], Judgment 30 November 2004, 93, y *Osman v. the United Kingdom* (1998) VIII, 116.

⁴⁸ Cfr. Corte IDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140. Párrafos 123 y 124.

⁴⁹ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171. P.117.

⁵⁰ *Ibidem*. Párrafo 121.

⁵¹ Cfr. Comité de la CEDAW. Recomendación General N° 19, sobre la violencia contra la mujer. Aprobada en su 11º período de sesiones el 29 de enero de 1992.

⁵² Organización Mundial de la Salud, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: World Health Organization, 1999.



Respecto de los derechos de las niñas y los niños, la Constitución en el artículo 4º reconoce los derechos de las niñas y de los niños, entre ellos el derecho a la salud:

[...]

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

[...]

El artículo 19 de la CADH señala que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que por su condición de menor de edad requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. De igual manera, en el sistema universal de derechos humanos, los derechos de la niñez han sido enunciados en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño; en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [en particular, en los artículos 23 y 24]; en el PIDESC [artículo 10], en la Convención sobre los Derechos del Niño y diversos estatutos e instrumentos de organismos especializados.⁵³

La Convención sobre los Derechos del Niño establece la obligación del Estado de garantizar la vida, supervivencia y desarrollo de los niños⁵⁴; asimismo, la obligación de tomar las medidas apropiadas para alcanzar la plena realización del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Entre otras, los Estados parte de la Convención, como es el caso del Estado mexicano, se comprometieron a adoptar las siguientes medidas:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.⁵⁵

En ese sentido, el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General número 7, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia establece los derechos a la vida, a la supervivencia y desarrollo del niño, para lo cual "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."⁵⁶

⁵³ Cfr. Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Publicada en el D.O.F. el 31 de julio de 1990.

⁵⁴ *Ibidem*. Artículo 6.

⁵⁵ *Ibidem*. Artículo 24.

⁵⁶ Comité Derechos del niño Observación General Nº 7. *Op. Cit.* Párrafo 10.



El Comité, además, ha señalado que el derecho a la supervivencia y el desarrollo sólo pueden realizarse de una forma integral, debiendo los Estados garantizar todos los derechos que dispone la Convención, incluidos "los derechos a la salud, la nutrición adecuada, la seguridad social, un nivel adecuado de vida, un entorno saludable y seguro, la educación y el juego, respetando las responsabilidades de los padres y ofreciendo asistencia y servicios de calidad."⁵⁷

Con relación al derecho a la salud de los niños, la OMS ha detectado que casi el 40% de los niños menores de 5 años que fallecen cada año son niños y que el riesgo de muerte en un niño es más elevado en el primer mes de vida; la mayoría de esas muertes neonatales "son debidas a partos prematuros, asfixias del parto e infecciones,"⁵⁸ así como traumatismos.⁵⁹

En ese sentido, la OMS menciona que dos de cada tres fallecimientos de niños pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida. Además, marca algunos puntos con los cuales pueden reducirse las muertes neonatales:

- atención de calidad durante el embarazo;
- partos seguros atendidos por asistentes de partería cualificados, y
- buenos cuidados neonatales: atención inmediata a la respiración y la temperatura, cuidados higiénicos de la piel y el cordón umbilical, y lactancia exclusivamente materna.⁶⁰

Sobre los embarazos en niñas y adolescentes, el Comité de los Derechos del Niño ha establecido el derecho de éstas a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares.⁶¹

Sobre las Políticas públicas con relación a la salud materna y neonatal el "Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave" adoptado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio. Dicho plan considera que en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. En el Plan de Acción se abordaron las siguientes estrategias:

- Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
- Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.
- Recursos humanos calificados.
- Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.⁶²

⁵⁷ *Ídem.*

⁵⁸ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/index.html>

⁵⁹ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/index.html>

⁶⁰ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/index.html>

⁶¹ Observación General No. 4, Comité de los Derechos Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003). Párrafo 31.

⁶² OMS, Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave. Adoptado en la 63.ª Sesión del Comité Regional en Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 201. Aprobado en la Resolución CD51/12 del 1º de Agosto de 2011.



A nivel nacional, el Programa Arranque Parejo en la Vida, igualmente busca contribuir al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio; en el Programa destaca el reconocimiento que la propia Secretaría de Salud Federal hace respecto de la mortalidad materna, y sus efectos devastadores "debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas."⁶³

En dicho Programa se abordan estrategias para mejorar la gestión pública, entre ellas:

- Hacer más eficiente la operación y el gasto de las dependencias y entidades federales y estatales.
- Profesionalizar el servicio público a fin de que se eleven la competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico, con énfasis en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, promoviendo la adopción de prácticas basadas en evidencia científica, instrumentando programas de capacitación para los distintos agentes de salud, vinculando la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en nuestro país y promoviendo estrategias de sensibilización para el personal de salud.
- Adoptar un modelo de diseño del presupuesto basado en resultados que facilite la rendición de cuentas y genere los incentivos para que la Administración Pública Federal y Estatal cumpla las metas planteadas.⁶⁴

Los hechos que motivan la presente Recomendación están relacionados con los derechos desarrollados en los párrafos anteriores. En los casos **A, B, C y D** se violó el derecho a la salud de las mujeres embarazadas. En el caso **A** se violó el derecho a la vida de la madre. En el caso **B** el niño por nacer fue obtenido o expulsado sin signos vitales. En el caso **C** se afectó el derecho a la vida del recién nacido y en el caso **D** el derecho a la integridad de la mujer durante el puerperio.

En la mayoría de los casos, como se detalla a continuación, se aprecian fallas estructurales en la atención hospitalaria materno-infantil.

V.2.1. Sobre el caso "A", expediente CDHDF/III/122/VC/08/D6749

El 12 de noviembre de 2008 se inició la queja con motivo de una mala práctica médica, así como de la ausencia o carencia de material o insumos necesarios para la atención médica, en la que incurrió el personal adscrito al Hospital General Gregorio Salas, ya que cuando la agraviada 1 se presentó en el nosocomio le pidieron que caminara para que el cérvix dilatara, y después de hora y media de estancia, le informaron a su mamá que no funcionaban los elevadores⁶⁵ (los quirófanos del Hospital se encuentran en un quinto piso) y que tampoco contaban con ambulancia para trasladarla a otro nosocomio.

⁶³ Secretaría de Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. Primera edición. México. 2008. Página 11.

⁶⁴ *Ibidem*. Página 52.

⁶⁵ Esta CDHDF tramitó el expediente de queja CDHDF/III/122/CUAUH/09/N5167 promovido por el entonces Director del Hospital General Gregorio Salas, en la que señaló el incumplimiento de la entrega por parte de la empresa concesionada de los elevadores de dicho nosocomio.



La falta de elevadores no se considera médicamente como motivo para negar la atención médica, como podría ser no contar con un médico especialista o la carencia de instrumental médico, entre otros.

Por lo anterior la agraviada 1 tuvo que acudir por sus propios medios al Hospital Materno Infantil Inguarán, en dónde se le brindó la atención para el alumbramiento, siendo con ello posible que naciera una niña que no presentó complicaciones médicas.

No obstante lo anterior, una vez que se produce el nacimiento se realizaron a la agraviada 1 maniobras por la presencia de inversión uterina⁶⁶, situación que se trató de revertir manualmente bajo sedación; sin embargo, la hemorragia persistió a pesar del tratamiento ofrecido.

A las 06:10 horas se decidió realizar la histerectomía obstétrica⁶⁷, en la que la agraviada 1 presentó paro cardio-respiratorio, perdiendo la vida a las 07:40 horas.

Del expediente Clínico del Hospital Inguarán se desprende que posterior a la inversión uterina se produjo una atonía uterina⁶⁸, sin embargo, del dictamen realizado por médicos de esta Comisión evidenció una contradicción e inconsistencias en el expediente clínico elaborado en el Hospital Materno señalado, específicamente en lo relativo a que los ginecoobstetras tratantes afirmaron que la inversión uterina fue revertida antes de ingresar a quirófano, sin embargo, en la *Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica* se señala que la operación proyectada fue restitución de inversión uterina bajo anestesia versus histerectomía obstétrica y en la descripción de la técnica quirúrgica realizada afirmaron que se revirtió la inversión uterina dentro del quirófano, esto último es corroborado con una nota de enfermería en la que se señaló que no se tuvo éxito en la reversión con maniobra manuales.

Aunado a lo expuesto, es de resaltar que, según el expediente clínico, desde las 05:00 horas se inició la búsqueda de paquetes globulares en coordinación con el Centro Regulador de la Secretaría de Salud, quien informó que sólo contaba con banco de sangre en las Unidades Hospitalarias La Villa, Ticomán y Xoco, no obstante, el personal médico tratante de la agraviada 1, realizó la solicitud de paquetes globulares al Hospital General Balbuena, sabiendo de antemano que sería un trámite infructuoso y que en ello se perdería tiempo esencial para mantener la vida de la paciente.

⁶⁶ La inversión uterina es una complicación poco frecuente que se produce inmediatamente después de expulsar la placenta, y consiste en la inversión del útero dentro de su propia cavidad, descendiendo por la vagina hasta asomarse por la vulva. Normalmente se produce cuando se aplica una presión continua y excesiva sobre el fondo uterino, por una tracción indebida del cordón, o porque la placenta está adherida al útero (acreta) y no se desprende correctamente. La gravedad de la inversión uterina estriba en que provoca una hemorragia abundante, acompañada de fuerte dolor y, en ocasiones, shock.

⁶⁷ La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico. Es la cirugía para extirpar el útero o matriz de una mujer. El útero es la zona donde el producto crece cuando una mujer está en embarazo.

⁶⁸ La atonía uterina es la ausencia de contracción del útero tras el parto, cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al producto de la gestación y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia, se trata de una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos (vasos uterinos) del útero. Gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la recién estrenada mamá.

Cuando este mecanismo no se produce se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia



Incluso, a pesar de que el personal de Inguarán aseguró a este Organismo que realizó dicha solicitud al Hospital Balbuena, no hay evidencia de que al menos este requerimiento se hubiera hecho, ya que en el Hospital General Balbuena no había registro de la pretendida solicitud, de conformidad con la información que fue remitida a esta Comisión, situación que contraviene lo establecido en el *fluxograma: solicitud y destino final de componente sanguíneo remitido por el Hospital Materno Infantil Inguarán, en el cual se advierte, entre otras cosas, que el médico tratante elabora solicitud de transfusión sanguínea previamente sellada en la Dirección del nosocomio, misma que es entregada al piloto el cual firma de recibido y la traslada al banco de sangre emisor, lugar donde se realizan pruebas de compatibilidad; una vez atendido ello se recoge y entrega el producto al área solicitante.*

El hecho es que los paquetes de sangre no llegaron oportunamente al Hospital Materno Infantil Inguarán, porque se solicitaron a un nosocomio que se sabía no contaba ellos, siendo que en dicha gestión ociosa se perdió tiempo, motivo por el que la agraviada perdió la vida luego de dar a luz a una niña, situación que se traduce en una mala práctica médica.

En relación con el expediente de queja se inició la averiguación previa FSP/B/T2/2369/09-11 por homicidio por responsabilidad profesional, misma que fue determinada con el no ejercicio de la acción penal el 29 de septiembre de 2011.

Asimismo, se inició en la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el expediente administrativo CI/SSA/D/170/2009, mismo en el que se determinó acuerdo de improcedencia el 31 de octubre de 2011.

V.2.2. Sobre el caso "B", expediente CDHDF/III/122/TLAH/09/D0169

La queja se refiere a la muerte del hijo de la agraviada 2, quien atribuye dicha pérdida a una mala práctica médica por la deficiente calidad de la atención médica que se le otorgó desde el momento en que se presentó en el Hospital Materno Infantil Tláhuac.

La agraviada 2 tenía 26 años al momento de los hechos y cursaba un embarazo de 41 semanas de gestación, siendo primigesta.

El 8 de enero de 2009 acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac ya que comenzó a sentir dolores de tipo obstétrico, sin embargo, en la valoración médica practicada se determinó que aún no estaba en término, ya que no presentaba dilatación del cérvix.

La agraviada 2 regresó al hospital el 9 de enero a las 04:00 horas y de la valoración que se le realizó se concluyó que aún continuaba con pródomos de parto por lo que fue dada de alta.

La paciente regresó al Hospital a las 11:00 horas del mismo 9 de enero y aunque se le practicó una valoración médica, la cual arrojó que la paciente ya se encontraba en trabajo de parto, le dijeron que como era primeriza tardaría más tiempo en dar a luz y le recomendaron que saliera del hospital y se tomara un jugo de naranja con dos cucharadas de azúcar.⁶⁹

⁶⁹ Ver evidencia 10 del documento Anexo 1.



Posteriormente, siendo las 14:00 horas regresó al Hospital y de la valoración médica se concluyó que la paciente, en ese momento, ya presentaba cuello uterino borrado y dilatación de 7 centímetros, en consecuencia se le ingresó a la Unidad Tocoquirúrgica por la especialidad de gineco obstetricia, siendo en esta valoración cuando los médicos se percataron que el corazón de la niña por nacer había dejado de latir.

Lo anterior derivado de que a la agraviada 2 no le fue practicada una valoración médica adecuada, tomando en cuenta la disminución del líquido amniótico que presentaba, lo que condujo a la compresión del cordón umbilical, al sufrimiento fetal y a la asfixia fetal, situaciones que conllevaron a que la niña falleciera.

Por los hechos narrados, la agraviada 2 y su esposo presentaron una denuncia en contra de quien resultara responsable, por lo que se inició la averiguación previa FTH/TLH-2T3/0041/09-01, misma que fue consignada al Juzgado Sexto de Paz Penal, donde actualmente continúa desahogándose el proceso penal instaurado en contra de los médicos señalados como responsables por hechos relacionados con los delitos de negación del servicio público y práctica indebida del servicio público en contra de los médicos adscritos al Hospital Materno Infantil Tláhuac.

Asimismo, se inició en la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el expediente administrativo CI/SSA/D/156/2009, en el cual se determinó el inicio de procedimiento administrativo disciplinario en contra de los médicos responsables.

V.2.3. Sobre el caso "C", expediente CDHUS/III/122/VC/09/D4787

La queja deriva de la denuncia que presentó el esposo de la agraviada 3, de 38 años de edad, quien cursaba con su cuarto embarazo, tenía como fecha probable de parto entre el 1 y el 5 de julio de 2009, para lo cual llevó su atención prenatal en el Centro de Salud Rafael Carrillo, en donde tuvo cuatro consultas previas al parto, siendo la última el 27 de mayo de 2009, fecha en la que le otorgaron la hoja de referencia para la atención del parto.

El 5 de julio de 2009 la agraviada 3 acudió al área de urgencias del Hospital Materno Infantil de Inguarán, lugar en el que se le practicó un ultrasonido reportando éste una frecuencia cardiaca fetal en el límite de lo normal. Ese mismo día le practicaron un estudio de fisiología obstétrica y medicina materno fetal, el cual arrojó que la paciente presentaba tendencia al síndrome supino hipotensivo.

Al día siguiente acudió nuevamente al Hospital Inguarán en donde se valoró su estado de salud, indicándole los médicos que la recibieron que aún no se encontraba en trabajo de parto, que se encontraba en buenas condiciones y que debía de esperar entre ese día y el 10 de julio, en virtud de que en cualquier momento podría iniciar la labor de parto.

La agraviada 3 acudió el 10 de julio al área de urgencias del Hospital Inguarán, pues para esa fecha tenía un embarazo de casi 41 semanas, aunado a que no presentaba contracciones ni salida de líquido por la vagina.



En esa ocasión, los médicos que la valoraron determinaron ingresarla a la sala de labor en donde el médico responsable de su atención le indicó que aún no se encontraba en trabajo de parto latente, dejándola recostada hasta el día siguiente, indicándole que el parto debía ser de manera natural.

Durante su estancia en la sala de labor, varios médicos de los diversos turnos coincidieron en que su parto debía ser por vía natural, sin embargo, al día siguiente el médico del turno matutino le indicó que era inaceptable que no se hubieran tomado medidas para inducirle el trabajo de parto; por lo cual le suministró medicamento.

Posterior a la ingesta de dicho medicamento sobrevino el rompimiento de la fuente en el que había líquido con olor fétido.

Finalmente el producto de la gestación nació ese 11 de julio a las 11:20 horas, mismo que no presentó ningún movimiento ni lloró al nacer, lo que le pareció extraño a la agraviada, pero al preguntar a los médicos, éstos le dijeron que el producto de la gestación estaba cansado, estresado y que pronto se repondría.

Dos días después, es decir el 13 de julio, se le informó al esposo de la agraviada 3 que el producto de la gestación había fallecido.

En relación con el estudio de fisiología obstétrica y medicina materno fetal practicado a la agraviada 3, es importante resaltar que el mismo se realiza a las pacientes que son propensas a presentar síndrome supino hipotensivo, mismo que se manifiesta en hipotensión y bradicardia materna, factores condicionantes y desencadenantes de sufrimiento fetal.⁷⁰ En consecuencia, se advierte mala práctica médica por parte de los médicos tratantes en el Hospital Materno Infantil Inguarán, pues a pesar de tener conocimiento de que la agraviada 3 presentaba el síndrome citado, no brindaron una atención médica oportuna y adecuada, que permitiera interrumpir el embarazo por cesárea a fin de evitar sufrimiento fetal en el niño por nacer, situación que finalmente desencadenó su muerte.

Asimismo, porque no documentaron en el expediente clínico si la agraviada 3 recibió orientación en relación con los signos de alarma respecto a su condición de salud.

La agraviada abandonó el hospital en muy malas condiciones anímicas y físicas, sobre todo porque fue inducida durante un largo periodo de tiempo para que el parto fuera natural, motivo por el que incluso tuvo que atenderse posteriormente con un proctólogo por un desgarre en el recto, mismo que le sobrevino por la tardía atención médica brindada.

En relación con el expediente de queja se inició la averiguación previa FVC/VC-1/T1/1674/09-07, misma que fue remitida a principios del año de emisión de la presente Recomendación a la Coordinación de Servicios Periciales para determinar la responsabilidad de los médicos tratantes.

⁷⁰ <http://www.webconsultas/el-embarazo/postparto/inversiónuterina>



Asimismo, se inició en la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el expediente administrativo CI/SSA/D/139/2009, mismo en el que se determinó acuerdo de improcedencia el 21 de octubre de 2011.

V.2.4. Sobre el caso "D", expediente CDHDF/III/122/AO/09/D7560

La agraviada 4 quien contaba con 20 años de edad al momento de los hechos, acudió el día 11 de noviembre de 2009 al Hospital General Enrique Cabrera con un diagnóstico de 39.1 semanas de desarrollo gestacional, primigesta, por la presencia de un dolor obstétrico de 24 horas de evolución.

En dicho nosocomio le fue realizada una exploración física en la que se encontró un producto único vivo, con actividad uterina irregular, con 5 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, en consecuencia fue ingresada a la Unidad Tocoquirúrgica para su conducción y atención de trabajo de parto.

A las 22:50 horas del 11 de noviembre se detectaron variaciones en la frecuencia cardiaca fetal, observándose líquido amniótico con meconio, por lo cual se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal urgente.

Se le realizó una cesárea tipo Kerr obteniendo un producto de sexo masculino con peso de 2960 gramos y talla de 49 centímetros, presentando líquido meconial y con circular a cuello.

Siendo las 01:00 del día siguiente, la agraviada 4 presentó sangrado abundante, relacionado con una involución uterina por lo que se le canalizó vía intravenosa. En una segunda valoración se determinó suministrarle una ampula de ergonovina y 5 unidades de oxitocina.

Minutos después se le suministró otra ampula de ergonovina y una hora y media después una ampula de gluconato de calcio.

Finalmente, a las 06:00 horas se le practicó una laparotomía exploradora en virtud de que la hemorragia no cedía, encontrándose en la misma un útero totalmente atónico, por lo cual se decidió practicarle histerectomía obstétrica, sacrificando el órgano (útero) para salvar la vida de la paciente.

Una vez que le retiraron el útero a la paciente, fue trasladada al área de recuperación, en donde se le transfundieron tres paquetes globulares y dos de plasma, sin embargo, dada la gravedad de su estado de salud se solicitó interconsulta al servicio de terapia intensiva, misma que no pudo otorgarse ya que dicho servicio se encontraba en contingencia por un brote de influenza. Por lo anterior, se realizaron gestiones con el Hospital General Ticomán, lugar al que finalmente fue trasladada a fin de continuar con vigilancia de sangrado activo.

La agraviada 4 permaneció en ese hospital por tres días, luego de los cuales fue egresada para dirigirse al Hospital Enrique Cabrera a fin de que le fuera entregado su hijo recién nacido, quien permaneció en ese hospital en observación.

No obstante lo anterior, hubo mala práctica médica por parte del personal del Hospital General Enrique Cabrera, por el retraso en el diagnóstico postparto, relacionado con la hemorragia que



presentó posterior al nacimiento del producto, aunado a un tratamiento medicamentoso insuficiente e inoportuno que produjo alteraciones de la coagulación y complicación en el control de la hemorragia que conllevó a la pérdida del útero.

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. Es una situación urgente que compromete la vida de las mujeres. En este caso aunque afortunadamente la agraviada 4 logró salvar la vida, su salud reproductiva quedó afectada de manera permanente e irreversible, lo que se traduce en que la agraviada no podrá tener más hijos, como era su deseo, según lo ha manifestado a personal de esta Comisión.

En relación con el expediente de queja se inició la averiguación previa FSP/B/T1/2675/09-12, en la cual se encuentra pendiente que comparezca la doctora Gabriela Barrón Cano a fin de poder desahogar lo solicitado por peritos en materia de medicina de esa Procuraduría de Justicia.

Asimismo, se inició en la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el expediente administrativo CI/SSA/Q/0204/2009, mismo en el que se determinó acuerdo de improcedencia el 9 de agosto de 2009.

De los hechos expuestos y tomando en consideración las normas de protección al derecho a la salud, especialmente tratándose de atención materno infantil, esta Comisión concluye que en los casos materia de la presente Recomendación se documentaron las siguientes irregularidades que en sí mismas y en su conjunto violan los derechos expresados en el proemio del presente instrumento, de conformidad con lo que a continuación se detalla:

En el caso "A" la Secretaría de Salud violó el derecho a la salud de la agraviada en virtud de que:

- El Hospital Gregorio Salas estaba operando sin contar con las condiciones materiales adecuadas para brindar los servicios integrales de salud (quirófanos en un quinto piso y falta de funcionamiento de los elevadores).
- Nada justifica la carencia del equipo médico para el traslado de pacientes, mucho menos, que la agraviada lo tuviera que conseguir por sus propios medios para llegar al Hospital Materno Infantil Inguarán, y recibir la atención médica necesaria.
- No se integró de manera adecuada el Expediente Clínico por existir notas sin hora, con abreviaturas y con letra ilegible.
- Debido al retraso en la aplicación de los paquetes globulares se produjo el fallecimiento de la madre, muerte que era prevenible y evitable, de haber recibido la mujer la atención médica oportuna, adecuada y de calidad.
- No se implementaron medidas positivas necesarias para enfrentar la situación de riesgo de la agraviada embarazada, ya que no se garantizó el contar con paquetes sanguíneos en un hospital materno infantil, lugar en donde es común que se presenten casos de emergencia en los que sean necesarios dichos paquetes.
- No se contó con un sistema que garantizara el abasto de los paquetes sanguíneos y por lo tanto, no se garantizó la prestación de los servicios de salud necesarios para preservar la vida de la agraviada.



La falta de paquetes sanguíneos en un hospital materno infantil y la imposibilidad para atender emergencias que son comunes durante el término del embarazo, como una hemorragia, constituye además una violación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia como se analiza *infra*.

En el **caso B** se afectó el derecho a la vida del producto de la gestación porque:

- Por el retraso en la atención médica, debido a la falta de cuidados oportunos en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, el producto de la gestación de la agraviada fue obtenido sin vida.
- Debido a dicho retraso y la deficiente atención médica no se diagnosticó oportunamente en el producto de la gestación el sufrimiento fetal, lo que provocó que éste fuera expulsado sin vida.
- Se comprobó la falta de equipamiento del hospital, en particular porque el día que acudió la agraviada no contaban con equipo de ultrasonografía.
- Las revisiones que le practicaron a la agraviada 2 en dicho Hospital no fueron adecuadas ya que no se elaboró una hoja de partograma, que pudo haber indicado la urgencia de que se realizara la expulsión del producto de la gestación.
- El retraso en la atención médica se debió a una falta de cuidado y a la ausencia de intervención oportuna del personal médico, a pesar de los constantes requerimientos de atención médica por parte de la agraviada.

En el **caso "C"** la SSDF violó el derecho a la salud de la agraviada ya que:

- Existió retraso en la atención del parto de la agraviada, lo cual provocó que su hijo naciera pero perdiera la vida dos días después por acidosis metabólica severa e hipertensión pulmonar, así como crisis convulsivas, de conformidad con el certificado de defunción.
- Por el retraso y la deficiente atención médica no se diagnosticó oportunamente en el producto de la gestación el sufrimiento fetal, mismo que se encuentra relacionado con el síndrome supino hipotensivo que se le había diagnosticado a la paciente en el estudio de fisiología materna que se le practicó a la agraviada 3 en la valoración hospitalaria inicial.
- La insistencia sin fundamento de parte del personal médico que atendió a la agraviada en el Hospital Materno Infantil Inguarán de que el parto debía ser de manera natural no se justifica de ninguna manera, sobre todo porque ya era evidente el retraso del mismo y la disminución de la frecuencia cardíaca fetal.
- Asimismo, la insistencia de que el parto se llevara a cabo de manera natural implicó que durante varias horas la agraviada 3 realizara esfuerzos que terminaron por desgarrarle el recto, por lo que posteriormente tuvo que ser atendida por un proctólogo.
- La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la verificación de la contractividad uterina y el latido cardíaco fetal antes, durante y después de la contracción uterina, al menos cada 30 minutos, no permitió que se registrara oportunamente la alteración en la frecuencia cardíaca del producto de la gestación, para que se interrumpiera oportunamente, inclusive, de ser necesario, por vía abdominal, el embarazo.

En el **caso "D"** se violó el derecho a la integridad personal de la agraviada porque:



- Una mujer de 20 años de edad se acercó a los servicios de salud para recibir atención médica durante el parto, pero debido a un retraso en el diagnóstico postparto relacionado con la hemorragia que presentó luego del nacimiento del producto, aunado al tratamiento medicamentoso insuficiente e inoportuno que produjo alteraciones en la coagulación y complicación en el control de la hemorragia, se determinó extirpar el útero de la mujer hoy agraviada.
- Las decisiones que los médicos tomaron sin el consentimiento de la agraviada 4 una vez que se había presentado la urgencia en la atención, implicó la limitación al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de manera permanente e irreparable de la agraviada 4.
- Se omitió suministrar un esquema complementario de medicamentos que apoyara la sana coagulación de la agraviada. No se le realizaron estudios de tiempos de coagulación o, al menos, éstos no se hicieron constar en el expediente, situación que puso, *per se*, en riesgo la vida de la paciente.
- La laparotomía exploradora que le hicieron a la agraviada se realizó tres horas después de que iniciara la hemorragia, lo que condicionó el agravamiento de su estado de salud.

V.3. Derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia [violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos].

El artículo 4º Constitucional establece que el varón y la mujer son iguales ante la ley. A la luz del artículo 1º, esta norma se debe interpretar de acuerdo con el principio *pro persona* y de conformidad con la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos.

Por su parte, el principio de igualdad implica el trato a todas las personas sin distinción, exclusión o restricción basada, entre otros, en motivos de género, que tenga como objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales en cualquier esfera. Por lo que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de sus derechos, entre otros, el derecho a la vida y sus derechos económicos, sociales y culturales.⁷¹

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia implica que el Estado debe tomar las medidas necesarias a fin de procurar el desarrollo integral de las mujeres, previniendo, atendiendo, sancionando y erradicando todo tipo de violencia que se ejerza contra ellas.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁷², establece diversos tipos de violencia, entre ellos, la violencia institucional contra las mujeres que son "los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como

⁷¹ Cfr. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer [Convención Belém Do Pará]. Adoptada por la Organización de Estados Americanos en Belem do Para, Brasil el 9 de junio de 1994. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1999. Artículos 4 y 5.

⁷² LGAMVLV. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2011.



su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia."⁷³

Por lo anterior, el Estado mexicano, en sus diferentes órdenes de gobierno, está obligado a tomar medidas a fin de, entre otras cosas, promover el desarrollo integral de las mujeres. Además, la LGAMVLV establece que "para cumplir con su obligación de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, los tres órdenes de gobierno deben prevenir, [y en su caso] atender, investigar, sancionar y reparar el daño que les inflige."⁷⁴

En ese sentido, la Convención Belém do Pará señala que la violencia contra la mujer es "una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres"⁷⁵ y reconoce que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.⁷⁶ El Comité de la CEDAW, por su parte ha declarado que la definición de la discriminación contra la mujer "incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada"⁷⁷.

Es importante recalcar, que existen factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia, por lo que tales condiciones deben de ser tomadas en cuenta en los servicios de atención médica. En este tenor, el párrafo primero del artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer establece lo siguiente:

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 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.

Esas medidas para eliminar la discriminación de la mujer en el área de la salud deben ser consideradas como medidas de carácter permanente.⁷⁸ Además, el Comité de la CEDAW ha considerado que según el artículo 2, "los Estados partes deben ocuparse de todos los aspectos de sus obligaciones jurídicas en virtud de la Convención para respetar, proteger y hacer cumplir el derecho de la mujer a la no discriminación y al goce de la igualdad."⁷⁹

En este sentido, los Estados eliminarán la discriminación 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 el período posterior al parto [ya que] la salud de la

⁷³ *Ibidem*. Artículo 18.

⁷⁴ *Ibidem*. Artículo 20.

⁷⁵ Convención Belem Do Pará.

⁷⁶ Corte IDH. Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205. Párrafo 394.

⁷⁷ Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HR\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994). Párrafo 6.

⁷⁸ *Cfr.* Comité de la CEDAW. Recomendación General No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal. Adoptada en su 30º período de sesiones, en 2004.

⁷⁹ Comité de la CEDAW. Recomendación General No. 28. relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada el 16 de diciembre de 2010.



mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer".⁸⁰ Asimismo, las medidas tendentes a eliminar la discriminación contra la mujer "no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer."⁸¹

Igualmente, pueden constituir una violación de las obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación la falta de medidas positivas para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud materna y todas las características del derecho a la salud como la disponibilidad, aceptabilidad y calidad.⁸²

Las barreras para lograr la accesibilidad sin discriminación a los servicios de salud materna están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud, así como con prácticas y estereotipos. Por ello, es importante tener en cuenta, "que las mujeres han sido sujetas a varias formas de discriminación históricamente, y la obligación de remediar dicha discriminación requiere la integración de la perspectiva de género en el diseño e implementación de las leyes y las políticas públicas que les afecten."⁸³

En ese tenor, el deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.⁸⁴

En el Distrito Federal, de conformidad con el artículo 3º fracción IX de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal,⁸⁵ la mujer embarazada se encuentra en condición de vulnerabilidad;⁸⁶ por lo tanto la Secretaría de Salud deberá "[e]laborar e instrumentar mecanismos, programas y acciones tendientes a identificar los factores de riesgo que afectan la salud de las mujeres."⁸⁷ Asimismo, la mencionada Ley establece que se deberá proporcionar "atención en salud reproductiva de las mujeres, en especial de aquellas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad [...]"⁸⁸

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, establece que no se deberá de ejercer violencia contra los derechos reproductivos de la mujer, definiendo esta como:

Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y

⁸⁰ Comité de la CEDAW. Recomendación General N° 24. *Op. Cit.* Párrafo 2.

⁸¹ *Idem.*

⁸² *Cfr.* CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Op. Cit.* Párrafo 39.

⁸³ *Ibidem.* Párrafo 29.

⁸⁴ *Ibidem.* Párrafo 84.

⁸⁵ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de enero de 2008.

⁸⁶ Esto se establece también en el artículo 9 de la Convención Belém Do Pará.

⁸⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal. Artículo 18, fracción II.


⁸⁸ *Ibidem.* Artículo 36, fracción IV.



espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia[.]⁸⁹

Asimismo, por violencia obstétrica, se entiende "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres."⁹⁰ Hay estados que han conceptualizado la violencia obstétrica en las leyes; en el estado de Veracruz la violencia obstétrica incluye:

[O]mitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.⁹¹



En ese sentido, toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre,⁹² en el caso de las mujeres embarazadas, esta protección consiste en brindar la atención médica adecuada, que debe contar con los requisitos de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y disponibilidad.

El Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal establece, como uno de sus objetivos, el derecho a la salud de las mujeres con un enfoque de derechos humanos y de género. El Programa, para la consecución de dicho objetivo, se apoya en varias líneas de acción cuyo cumplimiento está a cargo de la Secretaría de Salud, entre otras.⁹³

⁸⁹ *Ibidem*. Artículo 6, fracción VI.

⁹⁰ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Publicada en la Gaceta Oficial, Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el día jueves 28 de febrero del año 2008.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Venezuela.

⁹¹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Artículo 7, fracción VI.

⁹² Cfr. Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. *Op. Cit.* Párrafo 103.

⁹³ PDHDF. Líneas de acción 1376 a1387.



De lo expuesto, se desprende que la Secretaría de Salud ejerció violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos, en perjuicio de las agraviadas en los cuatro casos que incluyen la presente recomendación debido a que:

- No garantizó las medidas necesarias en materia de salud a fin de procurar la correcta atención médica de las mujeres que fueron atendidas en hospitales de la red de salud del Distrito Federal.
- No aseguró el goce y ejercicio de los derechos reproductivos de las agraviadas.
- No respetó la integridad física, psíquica y moral de las agraviadas al momento de parto y puerperio, debido a que la negativa de atención médica o la incorrecta atención médica de las mujeres, es causante de afectación psicológica, más aun en el caso **D** por tratarse de una mujer de 20 años de edad que perdió la matriz, o bien, en los casos **B** y **C** en los que se presentó la muerte del niño o la pérdida del producto de la gestación.
- Fue omisa en cuanto a la atención de emergencias obstétricas, principalmente en los casos **A**, **B** y **C** en los que se demoró o negó, por la vía de los hechos, el servicio a las usuarias, lo cual viola el principio de igualdad y el derecho a la no discriminación de las mujeres.
- En el caso **A** se negó el acceso a los servicios de salud reproductiva bajo el pretexto de la falta de elevadores para acceder a los quirófanos, lo que constituye una manifestación de violencia institucional ya que la Secretaria de Salud no garantizó el acceso a los servicios médicos especiales para la mujer, los cuales deben de ser de carácter permanente. Además de que se simuló la solicitud de paquetes globulares porque con conocimiento, se hizo la petición a un hospital en el que no hay banco de sangre.

VI. Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación a derechos humanos

De lo que se expone en el cuerpo de la Recomendación se desprende que el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, en el ámbito de sus competencias, tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres, esto incluye la garantía del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la integridad personal y la protección de la vida.

Asimismo, tiene la obligación de asegurar el acceso a una vida libre de violencia de las mujeres, y, en particular debe garantizar el goce del derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en todos los hospitales de la red, pero especialmente en los materno infantiles. La Secretaría de Salud debe promover la eliminación de cualquier tipo de violencia institucional y violencia obstétrica en contra de las mujeres que se encuentran bajo su cuidado.

El Gobierno del Distrito Federal, a través de las dependencias correspondientes, está obligado a garantizar la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud y asignar el máximo de los recursos disponibles para tal fin. Por lo que debe asignar el presupuesto necesario para garantizar que los establecimientos de salud cumplan con los elementos



de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad necesarios para brindar la atención a las usuarias de los servicios.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, del año 2007 al 2010 se tienen registradas 496 defunciones maternas en el Distrito Federal,⁹⁴ y se puede afirmar que dichas defunciones, por año, no disminuyeron de manera significativa.

Se cuenta con información de la SSDF de que durante el año 2011 se registraron 26 muertes maternas en la red de hospitales del Distrito Federal⁹⁵, igual número que en 2008,⁹⁶ de estas 22% fueron consideradas como evitables por algún Comité para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.⁹⁷ Además, se tiene documentado que en el año 2009 se registraron 29 muertes maternas y en 2010 existen 20 documentadas.⁹⁸

Por lo que respecta a las quejas recibidas por esta Comisión en materia de salud, de 2008 a la fecha de la emisión de la presente Recomendación, se han presentado 4,090 quejas que se calificaron como una presunta violación al derecho a la salud y en 3,579 quejas está señalada como autoridad presuntamente responsable la SSDF. Asimismo, la CDHDF del año 2006 a la fecha ha emitido 6 Recomendaciones relacionadas con casos de salud materna y todas se encuentran sujetas a seguimiento por esta Comisión.⁹⁹

En los casos que se presentan en esta Recomendación, analizados con el conjunto de otras quejas recibidas por este Organismo, preocupa que el Gobierno del Distrito Federal a través de las dependencias competentes, en especial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no tome las acciones suficientes con el fin de garantizar el derecho a la salud de las mujeres y prevenir la violencia institucional y obstétrica contra ellas, las cuales constituyen una forma de discriminación y, por consiguiente, una violación de sus derechos humanos y un obstáculo para su disfrute, así como para su desarrollo integral.

Preocupa al Organismo que sigan ocurriendo casos de muerte materna y perinatal previsible y evitables, particularmente cuando éstas tengan que ver con deficiencias en el equipo médico. Lo anterior, habla de los cuidados institucionales que se deben adoptar para garantizar de manera plena los derechos de la mujer, en particular su derecho a la salud, a la integridad personal, a la vida y a vivir una vida libre de violencia.

Esta Comisión insta a la Secretaría de Salud a que asigne el máximo de los recursos disponibles para garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad a los y las usuarias de éstos con el fin de proteger su derecho a la salud y a la vida. Cabe recordar que el Estado tiene la obligación de

⁹⁴ Véase página web del INEGI:

http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144

⁹⁵ Oficio número OIP/0360/12 de fecha 1° de febrero de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000010812.

⁹⁶ Oficio número OIP/0979/12 de fecha 12 de marzo de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000038912.

⁹⁷ Oficio número OIP/0360/12 de fecha 1° de febrero de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000010812.

⁹⁸ Oficio número OIP/0979/12 de fecha 12 de marzo de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000038912.

⁹⁹ Recomendaciones 10/2006, 13/2006, 3/2008, 2/2009, 7/2011 y 15/2012.



garantizar ciertas medidas de manera inmediata para la protección de la salud de las mujeres como garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso eficaz de la mujer a los servicios de salud, en especial a los servicios obstétricos y exigir que éstos sean compatibles con sus derechos humanos, así como aplicar medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto.

Esta Comisión insta a las autoridades de la Secretaría de Salud a dar cumplimiento a las líneas de acción en materia de salud del Programa de Derechos Humanos, principalmente las líneas de acción 1376 a 1387 sobre la Maternidad sin riesgos y reducción de la morbimortalidad materna.

VII. Obligación del Estado de reparar los daños ocasionados por la violación a derechos humanos

El artículo 1º Constitucional establece en su párrafo tercero que:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En el presente caso ha quedado acreditada la violación a los derechos humanos de las y los agraviados, cometida por las autoridades señaladas como responsables en esta Recomendación. En congruencia con el orden jurídico nacional e internacional, la violación a derechos humanos obliga a la autoridad responsable a reparar a las víctimas.

En el ámbito internacional, el deber de reparar a cargo del Estado ante violaciones a derechos humanos está previsto entre otros en los "Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones". Al respecto, de acuerdo con los citados Principios:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario [...]¹⁰⁰

¹⁰⁰ Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Principio número 15.



La Corte Interamericana ha establecido que la obligación de reparar:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.¹⁰¹

Además, en su jurisprudencia dicho Tribunal ha establecido lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]¹⁰²

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe al tribunal internacional determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones [...]¹⁰³

Por su parte, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en su artículo 46, establece que:

Concluida la investigación, el Visitador correspondiente formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o Acuerdo de No Responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos han violado o no los derechos humanos de los afectados [...]

En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

¹⁰¹ Corte IDH, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, *Op. Cit.* Párrafo 208; Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144. Párrafo 295.

¹⁰² Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125. Párrafo 193.

¹⁰³ *Ibidem.* Párrafo 182.



En el ámbito de los derechos humanos se ha considerado que la reparación por excelencia es la –*restitutio in integrum*”, que consiste en el restablecimiento de las cosas al estado en el que se encontraban antes de la violación perpetrada.¹⁰⁴

No obstante, en casos como en el presente en que la afectación al proyecto de vida, salud e integridad personal en perjuicio de las víctimas impide, por los daños ocasionados, restablecer la condición que guardaba antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, hace necesaria la discusión de otras formas a través de las cuales puede repararse. Estas modalidades son las siguientes:

VII.1. Indemnización

La indemnización como forma de reparación del daño debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas de derechos humanos, tales como los siguientes: a) el daño físico o mental; b) la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) los perjuicios morales; y e) los gastos de asistencia psicológica, medicamentos, servicios médicos o funerarios.¹⁰⁵

En el presente caso, la CDHDF recomienda a las autoridades, tal y como se establece en el apartado VIII, que se otorgue a manera de reparación del daño inmaterial una cantidad en dinero a las víctimas que se precisan. Asimismo, por concepto de daño material esta Comisión reconoce que se deberían cubrir los gastos que las víctimas hayan efectuado, entre otros, por concepto de estudios médicos, medicamentos, equipo médico, gastos funerarios y pago de abogados.

VII.2. Rehabilitación

Ésta debe incluir la atención médica y psicológica, y los servicios jurídicos y sociales, de acuerdo a las necesidades actuales de las víctimas. En el presente caso, la Secretaría de Salud deberá otorgar el apoyo psicológico a las víctimas que lo ameriten y que así lo deseen; igualmente, será necesario que se les incluya en programas sociales, por ejemplo, programas de salud, becas escolares y otros aplicables.

VII.4. Garantías de no repetición

Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la violación no se repitan.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Corte IDH. Caso *Bámaca Velásquez vs. Guatemala*. Reparaciones y costas. Sentencia de 22 de febrero 2002, serie C, No. 91. Párrafo. 39; Caso *Velásquez Rodríguez v. Honduras*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7. Párrafo. 27.

¹⁰⁵ *Cfr.* Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional, *Op. Cit.* Artículo 20.

¹⁰⁶ Corte IDH. Caso *Bámaca Velásquez Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70. Párrafo 40.



Como garantías de no repetición, la Secretaría de Salud deberá asegurarse que su Órgano Interno de Control haya realizado la investigación correspondiente y, en su defecto, de vista de los hechos sobre los hechos que se originan los expedientes de queja para que, en su caso, se determine el inicio del procedimiento administrativo correspondiente.

Además, se hace necesaria la elaboración de un protocolo de atención obstétrica que rijan la actuación de los médicos en los hospitales del Gobierno del Distrito Federal.

Por otro lado es necesaria la realización de estudios de satisfacción entre las usuarias, además la garantía de los servicios de salud como equipo en óptimas condiciones, material médico y de servicio.

En ese sentido, se concluye que las autoridades identificadas como responsables por sus actos u omisiones en virtud de las cuales violaron derechos humanos en los casos que se presentan en la Recomendación, tienen la obligación reparar a las víctimas.

En razón de lo antedicho y tomando en consideración que de los daños causados a las víctimas se desprenden violaciones a sus derechos ocasionados por el retraso en el diagnóstico e incorrecta atención médica, atribuibles a Servidores Públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; con fundamento en los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 17 fracción IV, 22 fracción IX y XVI y 46 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal así como 1 y 140 de su Reglamento Interno, la CDHDF,



VIII. Recomendación

Al Secretario de Salud del Distrito Federal:

Indemnización:

Primero. En un plazo que no exceda de un año contado a partir de la aceptación de la Recomendación, otorgue una indemnización en dinero, a manera de reparación del daño inmaterial a cada una de las víctimas que se precisa en la tabla que se anexa [Anexo 2], la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos [\$300,000.00]. Asimismo, en un plazo que no exceda de un mes contado a partir de la aceptación de la Recomendación, por el daño material causado, indemnice a las víctimas por los conceptos que se precisan en la tabla que se anexa [Anexo 2].

VI.2. Medidas de rehabilitación

Segundo. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se les incluya a las y los agraviados al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal, que carecen de Seguridad Social Laboral; para lo cual deberán orientar a las y los peticionarios sobre los requisitos que se establecen en las Reglas de Operación, para que se les proporcione cédula de afiliación familiar que los acredite como



derechohabientes de los servicios integrales que prestan los Servicios de Salud y las Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

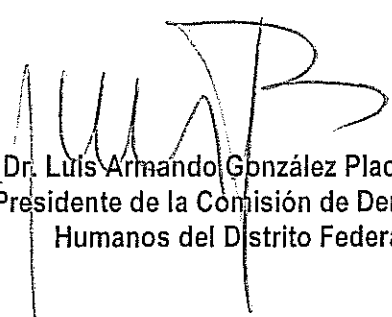
- Tercero.** En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación se deberá brindar a las agraviadas de los casos que se señalan en el presente instrumento recomendatorio, el tratamiento psicológico necesario; en los Centros de Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal que cuenten con este servicio, previa valoración para determinar el nivel de atención que se requiera.
- Cuarto.** En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación, en los casos que se señalan en el anexo 2 (cuadro de reparaciones), la SSDF, realice los trámites correspondientes a fin de incluir a las y los agraviados en programas sociales del Distrito Federal, de acuerdo con su situación socioeconómica, para lo cual deberán orientar a las y los peticionarios a fin de que puedan acreditar los requisitos que en cada caso se requieran. Se deberá designar a un funcionario a fin de que coordine y brinde el acompañamiento a las y los agraviados.
- Quinto.** Atendiendo al anexo 2 de la presente Recomendación, se cubra la reparación del daño integral a las víctimas directas e indirectas de los casos que motivan la presente Recomendación.

Garantías de no repetición

Sexto: Como garantías de no repetición, la Secretaría de Salud deberá llevar a cabo, en el plazo que se especifica las recomendaciones materia del instrumento 15/2012 de esta Comisión.

De conformidad con los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 de su Reglamento Interno, se hace saber a las autoridades a las que va dirigida esta Recomendación que disponen de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se les notifique, para que manifiesten si la aceptan o no, en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepten, se les notifica que dispondrán de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponían para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de 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,


Dr. Luis Armando González Placencia
 Presidente de la Comisión de Derechos
 Humanos del Distrito Federal

C.c.p. Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa, Jefe de Gobierno del Distrito Federal. Para su conocimiento.



Anexo 1

A continuación se da cuenta de la evidencia recabada por esta Comisión, de la que emanan los hechos probados que sustentan la presente Recomendación:

Caso 1. Expediente CDHDF/II/122/VC/08/D6749.

1. Oficio número DJUDM/046/2009, recibido en esta Comisión el día 13 de febrero de 2009, suscrito por el Dr. Víctor Hugo Pulido Olivares, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, del que se desprende lo siguiente:

[...]

*En cuanto a la atención de la paciente **agraviada 1**, se ingresa por el servicio de urgencias el día 10 de noviembre a las 23:00 horas, con el diagnóstico de primigesta, con embarazo de 36.5 semanas de gestación, por fecha de última menstruación, de término por clínica en el trabajo de parto, fase activa, se ingresa a la UTQ con 7 centímetros de dilatación y 70 por ciento de borramiento, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto a las 23:40 horas. A las 04:20 horas pasa a expulsión, a las 04:37 se atiende parto sin complicaciones, obteniéndose producto único femenino de 3325 gramos, con apgar 8/9, con capurro de 37 semanas, durante el alumbramiento a las 04:58 presenta inversión uterina, se revierte manualmente bajo sedación, persistiendo con hemorragia a pesar del tratamiento con oxitocitos, ergonovina, carbetocina, sin revertir, por lo que a las 06:10 se decide realizar histerectomía obstétrica, terminando a las 07:30, presentando paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras, dándose por muerta a las 07:40 horas:*

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Hemorragia obstétrica.

Inversión uterina.

[...]

El personal que solicita los componentes sanguíneos es el médico tratante, se envía el piloto al Hospital General Balbuena, que es el encargado de proveerlos, si se solicitan con pruebas rápidas, se firma la responsiva y en cuanto están disponibles se envían con el personal del Hospital.

Se anexa flujograma de solicitud de componentes hemáticos.




Se anexa una copia de las solicitudes que se realizaron a todos los hospitales, tanto de red como externos, durante las fechas señaladas se contaba con el personal médico y paramédico necesario para la atención de los pacientes.

Durante el mes de noviembre y diciembre el tiempo de espera en la Unidad de Urgencias fue de: 28.68 minutos.

En el turno matutino hay médicos que ingresan a las 06.30 horas de la mañana como enlace entre los dos turnos, durante la tarde hay médicos que egresan a las 15:00 horas, el personal vespertino ingresa a partir de las 14:00 horas, el turno nocturno, ingresan a partir de las 19:00 horas, el servicio de urgencias es un servicio que se encuentra cubierto las 24:00 horas del día, cada guardia (A,B,C) y cada turno cuentan con un asistente de la Dirección, para verificar que el servicio siempre se encuentre cubierto.

2. Escrito presentado por la hermana de la agraviada 1 recibido en esta Comisión el 29 de septiembre de 2009, del que se desprende lo siguiente:



*El día 10 de noviembre del año 2008, mi hermana, **agraviada 1** de 19 años de edad, empezó a tener dolores de contracciones, mi mamá inmediatamente la llevó al hospital a las 18:20 horas, ingresó al Hospital Gregorio Salas, donde tenía el pase para que la atendieran, fue el Dr. Rubén Centeno Naranjo quien la atendió, quien le recomendó que fuera a caminar unas dos horas para acelerar la labor de parto, ya que contaba con 4 centímetros de dilatación, posteriormente regresaron al Hospital Gregorio Salas a las 21:05 horas aproximadamente, siendo atendida de urgencias, quedándose en dicho hospital; después de una hora y media y siendo aproximadamente las 22:20 horas le dicen a mi mamá que debido a que no funcionaban los elevadores, no podría atender a la **agraviada 1**, diciéndole que no contaban con ambulancia para trasladarla a otro hospital, por lo que le recomendaron que buscaran otro hospital y se trasladara por sus propios medios, haciéndole firmar a nuestra madre la salida del hospital de mi hermana.*

Una vez en la calle y presentando mi hermana fuertes dolores del parto, se dedicaron a buscar un hospital de urgencia para que fuera atendida, llegando al Hospital Materno Infantil Inguarán, a las 23:15 horas aproximadamente, donde fue recibida, diciéndole a mi mamá que ingresaría y que como a las 10:00 horas del día siguiente le darían informes sobre el estado de salud de mi hermana. Fue a las 06:00 de la mañana del día 11 de noviembre del año 2008, cuando mi mamá recibe un telefonema por parte del Hospital Inguarán, en donde le dicen que se presente urgentemente a ese hospital, por lo que mi mamá se trasladó inmediatamente a dicho nosocomio, llegando aproximadamente a las 06:30 del día antes señalado, pasando con una doctora y una persona de Trabajo Social, informándole a mi mamá que mi hermana se encontraba muy grave en terapia intensiva, y como a las 07:00 horas le vuelven a informar que el estado de salud de mi hermana continuaba muy grave, siendo aproximadamente a las



07:50 horas cuando le informan a mi mamá que no se pudo hacer nada por mi hermana y que acababa de fallecer por una hemorragia, y no le dieron más información, solicitándole que realizara los trámites para la entrega del cuerpo, sin más información por parte de la doctora en turno y del responsable del Hospital, y sin permitirnos hablar con ningún médico procedimos a realizar los trámites para que nos entregaran el cuerpo de mi hermana.

Debo mencionar que del parto de mi hermana nació una niña, por lo que presento la presente denuncia o queja en contra de quien o quienes resulten responsables, de quienes solicitó ayuda económica para la manutención de dicha menor de edad.

[...]

3. Comparecencia de la peticionaria 1 (hermana de la agraviada 1) de fecha 4 de agosto de 2009, quien señaló que.

... desde la muerte de su hermana, su familia ha tenido que hacerse cargo de la manutención de la niña a la que dio a luz, quien afortunadamente a la fecha se encuentra bien de salud. Aclaró que tiene conocimiento que su hermana en un primer momento fue atendida en el Centro de Salud Atanasio Garza, donde llevó su control prenatal, de ahí fue referida al Hospital General Dr. Gregorio Salas para su alumbramiento, pero en virtud de que en la fecha en que acudió no servían los elevadores, acudieron de urgencia al Hospital Materno Infantil Inguarán.

4. Oficio DAJ/SAA/2969/09, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, recibido en esta Comisión el 19 de octubre de 2009, del que se desprende lo siguiente:

*...resumen clínico cronológico y detallado de fecha 6 de octubre de 2009, elaborado por la Dra. Alma Rosa Fong Hernández, Directora del Centro de Salud "Dr. Atanasio Garza Ríos"; así como copia certificada en ocho fojas útiles del expediente clínico, número M=G-2008-CB-6943, de la atención médica brindada en el Centro de Salud "Dr. Atanasio Garza Ríos", a la **agraviada 1**.*

Del Resumen Clínico se desprende lo siguiente:

*La **agraviada 1**, de 19 años de edad, fue atendida por control de embarazo, a partir del 19 de septiembre de 2008, cuando cursaba su semana No. 33 de gestación.*

6 de octubre de 2009.

La paciente se presentó al servicio de Consulta Externa del turno vespertino del Centro de Salud el día 19 de septiembre; durante la consulta refirió los siguientes antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años; vida sexual activa desde los 17; ritmo: 30x5;



F.U.R. 29/01/08, fecha probable de parto: 8/11/08. A la exploración física, tanto la paciente como su producto se encontraron en buenas condiciones. En su segunda y última consulta se presenta con exámenes de laboratorio que reportan una Biometría Hemática con hemoglobina de 11.1 g/DL, hematocrito de 37%, con moderada anisocoria y anisocitosis y el resto de indicadores dentro de las cifras normales al igual que la Química Sanguínea y el examen general de Orina. En la exploración física, se observó palidez de tegumentos, sin compromiso cardiorrespiratorio y un abdomen globoso con características normales para la edad gestacional de 37 y media semanas. Se otorga pase de referencia al que se anexan resultados de laboratorio, gabinete, además de referir como antecedente la aplicación de dos dosis de Td.

Con propósito de seguimiento 5 días después, la T.S. Sara León, establece contacto con la paciente, quien le informa que no había acudido al Hospital porque se había sentido bien.

5. En fecha 19 de octubre de 2009 se recibió en esta Comisión el oficio número DHGB/1815/19/10/09, suscrito por el Dr. Miguel Ángel E. Martínez Guzmán, Director del Hospital General Balbuena, mediante el cual remite la respuesta a los planteamientos de esta Comisión, emitido por el Jefe de Servicio de Banco de Sangre de la que se desprende sustancialmente lo siguiente:

1. Informo a usted que dicha solicitud en la cual se solicitan los concentrados eritrocitarios mencionados, no se encuentra registrada como recibida en el Banco de sangre del Hospital General Balbuena, así consta en la libreta de registro.

Todo proceso de solicitud de unidad de hemoderivados, se encuentra en una libreta en la recepción, en la cual se deben de registrar todos los datos de los pacientes que necesitan ser transfundidos y consta de: Fecha, Número progresivo, Servicio de donde provienen, Número de expediente, Hospital que solicita, Hora en la que es entregada la muestra piloto y recibida por el Banco de Sangre, Médico o persona que entrega la muestra piloto.

Este tipo de libretas de registro se encuentran establecidas desde hace más de 10 años, siendo instaladas con la finalidad de contar con la evidencia escrita de todas las solicitudes recibidas en este Banco de Sangre para poder llevar a cabo el seguimiento de los acontecimientos, en los cuales existe duda o controversia aclaratoria como en este caso.

En la fecha referida en el Banco de Sangre se encontraba una técnica laboratorista el turno vespertino y en la guardia nocturna dos técnicos laboratorista y un químico, Jefe de Sección.



2. Respecto del procedimiento que se sigue para solicitar unidades de sangre a otros hospitales de la red y el tiempo aproximado de espera se informó que dicho procedimiento inicia en base a una solicitud, especificando qué tipo y número de productos solicitados. Previo registro de la solicitud en las libretas específicas con todos los datos necesarios.

En cualquier prueba de compatibilidad el tiempo mínimo de elaboración es de una hora.

El horario de atención y operación del Banco de Sangre del Hospital General Balbuena, es de 24 horas de los 365 días del año.

En la fecha señalada, 11 de noviembre de 2008, se encontraba una Técnica Laboratorista, el turno vespertino y en la madrugada dos Técnicos Laboratoristas y un Químico Jefe de Sección.

Se reitera que el Servicio no se encontraba interrumpido.

Acompañando el informe se recibió el siguiente soporte documental:

Copia de las libretas de registro de las fechas señaladas, libreta foliada del No. 1 al 192 con fecha de inicio 03 de febrero de 2008 y de término 06 de febrero de 2009, registros de la página 140, del 09 de noviembre de 2008 al 12 de noviembre de 2008, en las cuales no existe ningún registro a nombre de la paciente **agraviada 1** en el Hospital Materno Infantil Inguarán.

Libreta de pruebas de compatibilidad, con fecha de inicio 04 de abril de 2008 y de término 27 de noviembre de 2008, registros de la página 140 al 09 de noviembre de 2008, al 12 de noviembre de 2008, en las cuales no existe ningún registro a nombre de la paciente, situación de esperarse, porque no se recibió muestra piloto de dicha paciente.

6. El 20 de octubre de 2009, se recibió en esta Comisión el oficio número D/422/2009, suscrito por el Dr. Carlos Vázquez Noriega, Director del Hospital General Gregorio Salas Flores, del que se desprende lo siguiente:

Resumen clínico

1.- Femenina de 19 años de edad que llegó al servicio de urgencias a las 17:52 horas y fue atendida a las 18:20 horas del mismo día, con los siguientes antecedentes: amenorrea secundaria a embarazo con fecha probable de parto 30 de noviembre con presencia de cefalea tensional en el primer trimestre. Control prenatal en Centro de Salud.

Otros antecedentes: menarca a los 14 años. Ritmo de 30x4 eumenorreica IVSA: con bajas a los 17 años, Gesta 2, Para 0, A1.



Motivo de atención: pródromos de trabajo de parto.

[...]

Se egresa dándole las recomendaciones de alerta médica para su atención oportuna en las próximas dos horas.

A las 21:05 horas del mismo día se vuelve a valorar encontrándose paciente con signos vitales normales con incremento de la actividad uterina, movimientos fetales espontáneos, sin pérdidas transvaginales.

Indicaciones: se ingresa para valoración del servicio de Gineco-Obstetricia en unidad de toco cirugía.

Se hace la anotación complementaria a las 22:20 horas del mismo día en donde se resalta que fue valorada por médico Ginecólogo (Dra. Martínez) indicando que dicha paciente puede acudir por sus propios medios a otra Unidad Médica. Se informa a los familiares. Se elabora hoja del Sistema de Referencia-Contrarreferencia.

7. El 4 de octubre de 2010, se recibió en esta Comisión el oficio número 459 suscrito por la Dra. Carmen Canchola Sotelo, JUD. Médico del Hospital Materno Inguarán, del que se desprende a preguntas expresas lo siguiente:

*1. La nota médica del el parto de la señora **agraviada 1** está firmada por el médico adscrito Dr. Aragón Zulik Ariel.*

2. El producto del parto nació a las 4:37 horas.

3. En el expediente no se encuentra referida la hora del alumbramiento.

Los datos del desprendimiento placentario se presentan entre uno y cinco minutos posteriores a la expulsión del niño.

La duración media de la tercera etapa del trabajo de parto (alumbramiento) es de 6 minutos y en el 3.3% de los casos dura más de 30 minutos.

4. No se encuentra referido en el expediente si se consideró que fue un alumbramiento prolongado.

Los datos de desprendimiento placentario se presentan entre uno y cinco minutos posteriores a expulsión del niño.

La duración media de la tercera etapa del trabajo de parto (alumbramiento) es de 6 minutos y en el 3.3% de los casos dura más de 30 minutos.



Recomendación 15/2013

Si el alumbramiento duró más de 30 minutos podemos definir como placenta anormalmente retenida.

El producto nace a las 4:37 horas y pasa a quirófano a las 5:00 horas, se realizan maniobras de reducción de inversión uterina inicia histerectomía obstétrica a las 6:20. Se egresa a las 7:40 horas por defunción.

5. La inversión sucede durante el alumbramiento el cual se corrige con maniobras manuales, posteriormente se presenta la atonía uterina. Su diagnóstico se basa en la clínica, es el fracaso del útero para contraerse adecuadamente posterior al parto, y la manifestación clínica es la hemorragia.

El sangrado aproximado que presenta la paciente es de 2000CC.

El parto es a las 4:37, ingresa a quirófano a las 5:00 horas para maniobras manuales de reducción, se presenta atonía uterina y se inicia la histerectomía obstétrica a las 6:20 horas. Defunción a las 7:40 horas.

6. No se encuentra referido en el expediente cuál fue la causa probable de la atonía.

Causas probables:

- Útero sobredistendido: feto grande, mellizos, hidramnios.*
- Trabajo de parto prolongado.*
- Trabajo de parto muy rápido.*
- Trabajo de parto inducido o aumentado con occitocina.*
- Gran paridad.*
- Corioamnioitis.*
- Algunos anestésicos generales: hidrocarburos, halogenados.*
- Tejido placentario retenido:*
 - Cotiledón arrancado*
 - Lóbulo accesorio*
 - Placenta normalmente adherida: acreta, increta, percreta.*
 - Inversión uterina*
 - Rotura de útero*



- Desgarros y hematomas:
- Extensiones de episiotomía
- Desgarros de perineo, vagina y cuello uterino.

7. Placenta completa, cotiledones integros, membranas completas, cordón sin alteraciones, vasos completos.

8. Se aplicaron maniobras manuales durante 30 minutos aproximadamente, posteriormente se aplicó tratamiento farmacológico: carbetocina IV. Dosis única, ergonovina IM, dosis única.

A las 5:15 se toma piloto para solicitar paquetes globulares y plasma fresco, solicitándose al Hospital General de Balbuena, el cual es el más cercano a nuestra Institución.

9. No se encuentra referida en el expediente la probable causa de la atonía. (Ver numeral 6).

10. En el expediente no se encuentran referidas las maniobras que se realizaron para revertir la inversión, únicamente mencionan: se intenta corregir bajo anestesia general, así como con la aplicación de carbetocina y ergonovina.

Lo indicado es realizar maniobras manuales, tan pronto como se restaure la configuración normal del útero, se interrumpe la aplicación del agente empleado para relajarlo y se inicia la aplicación de uterotónicos, como carbetocina y ergonovina.

Maniobras manuales: la inversión uterina se acompaña de hemorragia inmediata que pone en peligro la vida, para reducir la inversión se ejerce tracción inmediata sobre el fondo uterino con la palma de la mano y los dedos en la dirección del eje largo de la vagina.

11. Se realizó reducción manual de la inversión uterina bajo anestesia general.

12. Se inició la búsqueda de concentrados eritrocitarios desde la 5.00 horas del día, se envía un piloto al Hospital General Balbuena que es el más cercano a la Institución, posteriormente se solicita a La Villa, Ticomán y Xoco, Hospital de la Mujer, Hospital Juárez, Hospital General.

A las 7:05 el Hospital de La Villa informa que tiene un concentrado eritrocitario y se envía por él.

Posteriormente el Hospital Rubén Leñero apoya con tres paquetes "O" negativo.



13. La atonía uterina que no revierte a maniobras manuales ni medicamentosas, es (sic) indicaciones de realizar histerectomía obstétrica, razón por la cual se da la indicación de pasar a la paciente a quirófano.

14. El servicio de enfermería toma el piloto y se entrega al Servicio de Trabajo Social, quien lo entrega al Servicio de Transporte, que lo lleva al hospital indicado.

15. En el Hospital de Balbuena existe una bitácora en la cual se registran las solicitudes de derivados sanguíneos de los diferentes hospitales.

8. En relación con el indebido funcionamiento de los elevadores del Hospital General Gregorio Salas, en la época en que ocurrieron los hechos que se reseñan, este Organismo documentó la queja CDHDF/II/122/CUAUH/09/N5167, en la que se refirió lo siguiente:

Existen problemas en la funcionabilidad y seguridad de los elevadores del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, sin que a la fecha las autoridades centrales hayan realizado alguna acción para resolverlos. Esto imposibilita el traslado de los pacientes a otras unidades, poniendo en riesgo su integridad y la del personal. El día 26 de julio se presentaron autoridades de la Oficialía Mayor y de la Jefatura de Gobierno, inspeccionando junto con los técnicos de las Empresas OTIS y SHINDLER, el funcionamiento de los elevadores, pero ambas compañías no se quieren hacer responsables, por lo que las autoridades llamaron a otra empresa, la cual puso a funcionar dichos elevadores, sin el mínimo de seguridad en ellos. Existen dictámenes en cuanto a la inseguridad de los elevadores, en ellos se menciona la nula seguridad en que se encuentran funcionando. Las autoridades Centrales del Hospital tienen conocimiento y se les ha informado por escrito, pero hasta la fecha no se ha resuelto este problema.

9. Opinión Médica elaborada por la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la que se destaca lo siguiente:

[...]

DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

*De acuerdo a la nota agregada del Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Salas (IV.1), la causa por la que no se le brindó atención médica a la **agraviada 1** fue por no contar con elevadores. Médicamente se considera que la falta de elevadores no es un motivo para negar la atención médica a una paciente, ya que no es un insumo indispensable para la atención de un parto, como podría ser no contar con médico especialista en ginecoobstetricia, carencia de instrumental médico, falta de medicamentos o material de curación, falta de sala de expulsión, entre otros.*



*También se comenta que la fase del trabajo de parto en la que se encontraba la señora **agraviada 1** al ser enviada o referida a otro hospital, no puso en peligro su vida, y ello se pudo constatar porque la paciente llegó al Hospital Materno Infantil de Inguarán.*

Respecto de la atención en el Hospital Materno Infantil Inguarán, se señala que se trata de paciente de 19 años de edad, sin antecedentes heredo familiares ni personales de importancia para el caso. Llega en trabajo de parto en fase activa, el manejo inicial se da de manera adecuada (toma de signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal, aplicación de soluciones, toma de estudios de laboratorio) hasta pasar a la sala de expulsión.

Con base en las notas arriba referidas, al momento del alumbramiento (salida de la placenta) se presenta inversión uterina (salida de la matriz a través de la vagina. Nota IV.3), esta patología se considera grave ya que ocasiona hemorragia tan intensa que conduce a la paciente a choque hipovolémico (choque por disminución del volumen de sangre) y que de no controlarse y reponerse la sangre perdida conduce a la muerte.

Con base en la literatura médica las causas que favorecen la inversión uterina, son la atonía del propio útero (flacidez de la matriz) y el acretismo placentario¹ (fuerte sujeción de la placenta al útero o matriz) en cualquiera de sus modalidades,² sin embargo, existiendo atonía y/o flacidez o no, la determinante es una incorrecta atención del alumbramiento, generalmente por una tracción realizada con mala técnica médica o intempestiva del cordón umbilical^{3,4}.

*Los médicos tratantes del Servicio de Ginecología afirmaron que la inversión uterina que presentó la señora **agraviada 1** se intentó corregir con éxito (las dos palabras: con éxito, están en la columna que se suele dejar a Enfermería para sus anotaciones, ver*

¹La placenta acreta puede estar implicada, aunque la inversión uterina puede producirse sin que la placenta esté firmemente adherida.

²Según Omar Dueñas G.1, Hugo Rico O.1, Mario Rodríguez B.2 del Servicio de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, en su artículo *Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario*, publicado en Rev. Chil. Obst. Ginec. 207; 74(2) 266-271. Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta: 1. Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio. 2. Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio. 3. Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos. Por su extensión se reconocen tres tipos: a) Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta; b) Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso; c) Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

³La causa predisponente es la atonía del útero. La determinante es la incorrecta atención del periodo del alumbramiento, con maniobras precipitadas e intempestivas (presiones sobre el fondo del útero, tracciones del cordón, etc.). A veces la inversión se produce espontáneamente. Schwarz, Ricardo L., *Obstetricia*, 4° edición, 1992, Buenos aires, El Ateneo Editorial, p. 469.

⁴La inversión uterina completa después del parto del lactante es casi siempre la consecuencia de una fuerte tracción de cordón umbilical unido a una placenta implantada en el fundus (...) con frecuencia; la inversión uterina está asociada con una inmediata hemorragia potencialmente fatal; sin tratamiento adecuado puede resultar en muerte. Cunningham, F. Gary, *Williams Obstetricia*, 21° edición, México, McGraw-Hill Interamericana, pp. 553-554.



Foja 000007). En la Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (Nota IV.5) señalaron como diagnóstico preoperatorio Inversión uterina corregida más atonía uterina. La operación proyectada fue restitución de inversión uterina bajo anestesia versus histerectomía obstétrica, y en la descripción de la técnica quirúrgica realizada afirmaron que realizaron maniobras para revertir la inversión uterina lo cual resulta contradictorio con la nota IV.4, la cual refiere que se obtuvo éxito al revertir la inversión en la sala de expulsión. Por otra parte, también existe inconsistencia con la nota de Enfermería (nota IV.7) y la nota de Registro de Anestesia y Recuperación (nota IV.10), ya que la nota de Enfermería señala que presenta inversión uterina parcial tratando de revertir manualmente y con medicamentos por médicos ginecoobstetras no logrando dicha (inversión), por lo que fue ingresada a quirófano para extirpar el útero o matriz. Por su parte en la nota de Registro de Anestesia y Recuperación (nota IV.10) se señala que uno de los diagnósticos preoperatorios fue inversión uterina, es decir, tal evento (la inversión uterina) no había sido corregido y por ello la operación realizada fue reversión de la inversión uterina.

Aunado a lo anterior, con base en las notas médicas de Ginecoobstetricia la paciente, después de haber sido supuestamente corregida la inversión uterina, presentó atonía uterina, lo cual fisiopatológicamente no es posible⁵ ya que una inversión uterina no produce atonía uterina, aunque dicha atonía sí puede producir una inversión uterina.

Por lo antes expuesto y dado que no es factible que una inversión uterina pueda producir una atonía uterina, y que la causa más frecuente de inversión uterina posterior a un alumbramiento es la aplicación de malas técnicas médicas, se puede inferir que en este caso la causa de la inversión uterina probablemente fue la aplicación de técnicas inadecuadas en el alumbramiento y ello fue la causa de muerte en el caso de la señora **agraviada 1** en el Hospital Materno Infantil de Inguarán.

Al parecer el Hospital Inguarán no cuenta con Banco de Sangre por lo que ante emergencias como la de este caso, se ven en la necesidad de solicitar el apoyo a otros hospitales. Llama la atención que en la Foja 000023 (nota IV.14) del expediente clínico se indica que el Centro Regulador les informa que los hospitales La Villa, Ticomán y Xoco son los únicos que en ese momento contaban con Banco de Sangre disponible, si se les informó esto, no se comprende por qué insistieron en repetidas ocasiones en el Hospital Balbuena, si de antemano sabían que no estaba disponible el servicio.

Se considera que la ambulancia perdió tiempo en trasladar los pilotos a este hospital pudiendo dirigirse en su lugar, a cualquiera de los otros tres hospitales.

El tratamiento que se brindó a la paciente al presentarse la inversión uterina fue el correcto (maniobras, medicamentos, tratamiento quirúrgico) sin embargo, la falta de

⁵Se consulta verbalmente con médico ginecólogo. Se anexa informe.



concentrados eritrocitarios y plasma fue crucial en este caso, ya que de haber contado con ellos, las posibilidades de sobrevivencia de la paciente hubieran sido mayores.

La revisión del expediente clínico hace notar que no se encuentra conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 (vigente en la época en que ocurrieron los hechos) en sus puntos 5.9⁶ y 5.10⁷, ya que en gran parte se utilizan abreviaturas, existen notas con letra ilegible (nota quirúrgica) y existen notas sin hora.

Con base en lo anterior se llega a las siguientes:

CONCLUSIONES

- 1. La falta de elevadores en una Unidad Médica no es una causa médica justificada para negar la atención médica a una paciente en trabajo de parto en fase activa. Sin embargo se hace notar que ello no puso en peligro la vida de la **Agraviada 1** y su hijo, en ese entonces por nacer.*
- 2. Aun cuando la causa más frecuente de inversión uterina es la aplicación inadecuada de técnicas médicas durante el alumbramiento (nacimiento de la placenta), no se puede afirmar médicamente que ésta haya sido la causa de la inversión que presentó la **Agraviada 1**, en virtud de que se han reportado casos de inversión espontánea, pero sí se puede señalar que existen inconsistencias en el expediente clínico elaborado en el Hospital Materno Infantil Inguarán, específicamente en lo relativo a que los ginecoobstetras tratantes afirmaron que la inversión uterina fue revertida antes de ingresar a quirófano, sin embargo en la propia Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica se señala que la operación proyectada fue restitución de inversión uterina bajo anestesia versus histerectomía obstétrica y en la descripción de la técnica quirúrgica realizada afirmaron que se revirtió la inversión uterina dentro del quirófano, esto último es corroborado con una nota de Enfermería en la que se señaló que no se tuvo éxito en la reversión con maniobra manuales.*
- 3. Debido a que la transfusión de sangre era un recurso terapéutico indispensable para la **Agraviada 1**, la falta de éste fue un factor que llevó a la paciente a la muerte, ya que los procedimientos médico-quirúrgicos que se habían realizado fueron correctos. Llamando la atención el hecho de decidir acudir al Hospital Balbuena, siendo que previamente se había corroborado que solo los hospitales La*

⁶Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

⁷Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado



*Villa, Ticomán y Xoco, tenían disponible el servicio de Banco de Sangre. Por ello, se puede afirmar que la falta de sangre contribuyó determinadamente en la muerte de la **Agraviada 1**, ya que de haber contado con este recurso probablemente el deceso no se hubiese presentado.*

4. *El expediente clínico del Hospital Materno Infantil Inguarán no está elaborado conforme a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico vigente en esa fecha.*

10. El 1 de octubre de 2012, se recibió en este Organismo el oficio número 478, suscrito por el Dr. Martín Viveros Alcaraz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el que refiere lo siguiente:

El Hospital Inguarán no cuenta con Banco de Sangre, existe convenio con un Banco Proveedor: el Hospital General de Balbuena, únicamente contamos con el Servicio de Transfusión Sanguínea.

En la red hospitalaria (del Distrito Federal) existen los siguientes bancos de sangre:

Hospital General Ticomán

Hospital General Balbuena

Hospital General Villa

Hospital General Iztapalapa

Hospital General Xoco

Hospital General Rubén Leñero.

De acuerdo a la ubicación del Hospital se determina un Banco proveedor.

El tiempo de espera cuando se solicita sangre fluctúa entre 20 y 45 minutos, cuando el carácter de la solicitud es urgente, realizándose pruebas salinas rápidas.

11. Averiguación Previa FSP/B/T2/2369/09-11 iniciada por la peticionaria 1 contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán) por el delito de homicidio por responsabilidad profesional, misma que fue determinada con el no ejercicio de la acción penal el 29 de septiembre de 2011.
12. Oficio CG/CISS/SQDR/2042/2012 de fecha 28 de septiembre de 2012, signado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 31 de octubre de 2011, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/D/170/2009, iniciado con motivo de los hechos del caso que se presenta.



Caso 2. Expediente CDHDF/II/122/TLAH/09/D0169

13. Comparecencia de la **agraviada 2 en compañía de su esposo, quien manifestó que:**

El 2 de enero de 2009 acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, a fin de ser valorada por su embarazo.

En dicho hospital le realizaron estudios de sangre y orina y de la valoración practicada le indicaron que aún faltaba tiempo para que naciera el producto de su embarazo. Se le agendó cita para el 8 de enero, señalándole que requería la toma de un ultrasonido, mismo que se practicó en un laboratorio particular el 7 de enero, indicándole el personal del laboratorio que a través del estudio se observaba que se estaba quedando sin líquido amniótico.

Ese mismo día (7 de enero), acudió con un médico particular, el cual verificó el ultrasonido y le indicó que su embarazo estaba normal y que la falta de líquido también era normal.

El 8 de enero comenzó a presentar contracciones, por lo que se dirigió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, llegando aproximadamente a las 19:15 horas; sin embargo fue valorada hasta las 20:30 horas.

Durante la valoración médica le fue practicado el tacto vaginal, indicándole que apenas se encontraba abriendo el cérvix, por lo que aún no era tiempo de que diera a luz, regresándola a su domicilio con cita abierta a urgencias.

El 9 de enero, aproximadamente a las 04:00 am, reingresó al Hospital en virtud de que continuaba presentando severas molestias derivadas de las contracciones que tenía. En esa ocasión, personal médico nuevamente le practicó tacto vaginal y le indicó de nueva cuenta que apenas se encontraba abriendo el cérvix, por lo que no era el momento del alumbramiento.

Derivado de sus molestias, ella prefirió permanecer en el hospital, por si presentaba alguna emergencia.

Aproximadamente a las 11:00 horas de ese día (9 de enero), acudió al sanitario del hospital, en virtud de que inició con un fuerte sangrado, derivado del cual fue ingresada y valorada por personal médico, el cual nuevamente le indicó que aún no era tiempo de su alumbramiento, ya que las primerizas tardan más tiempo en dar a luz, dándole la indicación de que saliera del hospital y se tomara un jugo de naranja con dos cucharadas de azúcar.



Aproximadamente a las 14:30 horas de la misma fecha (9 de enero) ingresó de nueva cuenta al hospital, en virtud de que continuaba presentando las molestias ya mencionadas. En esa ocasión, el médico que la valoró determinó que ya presentaba 7 centímetros de dilatación, por lo que la retuvieron en el interior del hospital.

Varios minutos después fue trasladada al área de partos del hospital, donde personal médico le colocó un aparato para oír los latidos del corazón del bebé y fue en ese momento cuando se percataron que ya no respiraba, pues su corazón había dejado de latir. Pocos minutos después se le rompió la fuente; sin embargo, una doctora le mencionó que aun así no era tiempo del alumbramiento.

Aproximadamente a las 18:00 horas le tomaron una placa de rayos X, indicándole que su bebé había fallecido.

Durante el cambio de turno del hospital un médico le suministró un medicamento (se imagina que para expulsar el producto, pues nunca le informaron para qué era éste); sin embargo, así pasó toda la noche y fue hasta el día siguiente cuando otro médico le realizó de nueva cuenta el tacto vaginal y le indicó que requería cesárea, misma que le fue practicada varias horas después.

Pidió ver el cuerpo de su bebé y notó que no presentaba ninguna mal formación o problema de salud.

14. Oficio UM/ULCT/07/09 de fecha 29 de junio de 2009 firmado por el Dr. Antonio Albarrán García, Director del Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el que señala que, de acuerdo a la libreta de admisión a Urgencias, las fechas y horarios de ingreso de la **agraviada 2**, en las que solicitó ser valorada de su embarazo y posterior trabajo de parto fueron:

2 de enero de 2009, 15:25 horas;

8 de enero de 2009, 19:25 horas;

9 de enero de 2009, 10:25 horas.

*Los diagnósticos médicos en las ocasiones en que la paciente **agraviada 2** fue valorada en este Hospital son las siguientes:*

Fecha 02-01-09, hora 15:23, diagnóstico Primigesta con embarazo de 40.1 semanas de gestación sin trabajo de parto, probable preclampsia.

Fecha 08-01-09, hora 19:35, diagnóstico Gesta 1, embarazo de 41 semanas de gestación, en pródromos de trabajo de parto.



Recomendación 15/2013

Fecha 09-01-09, hora 10:35, diagnóstico Primigesta de 26 años, con embarazo de 41 semanas de gestación, pródromos de trabajo de parto.

Fecha 09-01-09, hora 14:00, diagnóstico Embarazo de 40.1 semanas de gestación en trabajo de parto.

Fecha 09-01-09, hora 15:20, diagnóstico Óbito fetal por clínica.

Fecha 09-01-09, hora 21:45, diagnóstico Primigesta embarazo de 41.1 semanas de gestación. Oligohidramnios, trabajo de parto fase activa, ruptura prematura de membrana de 5 horas de evolución.

Fecha 10-01-09, hora 8:35, diagnóstico Embarazo de 41.2 semanas de gestación, producto óbito, falta de progresión de trabajo de parto secundario a paro en la dilatación cervical y rpm de 18 horas.

Fecha 10-01-09, hora 12:00, diagnóstico Cesárea tipo Kerr.

Fecha 10-01-09, hora 18:45, diagnóstico Post-operada de cesárea, probable enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo secundario a hipertensión transitoria.

Fecha 11-01-09, hora 12:00, diagnóstico Puerperio post-cesárea, óbito fetal, preclampsia.

Fecha 12-01-09, hora 10:00, diagnóstico Segundo día de puerperio post-cesárea.

Fecha 13-01-09, hora 9:03, diagnóstico Puerperio mediato, hipertensión gestacional en control.

15. Informe médico de un médico cirujano adscrito al Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el que se hace constar que el día 9 de enero del 2009 se encontraba laborando en el Servicio de Urgencias, a las 10:35 dio consulta a la paciente **agraviada 2**, de 26 años de edad, cursando 41 semanas de gestación. Inicia dolor tipo obstétrico hoy a las 4:00 horas con salida de tapón mucoso, refiriendo que tiene movimientos fetales frecuentes y recientes.

Con los datos se diagnosticó pródromos de trabajo de parto y se dieron indicaciones de alarma obstétrica; cita abierta en urgencias en 4 horas.

La paciente fue revisada nuevamente a las 14:00 horas encontrando aumento en el número e intensidad de las contracciones uterinas, dando indicaciones de que la prepararan para parto con solución glucosada al 5% y se tomaran muestras sanguíneas.



*Señala que el día de los hechos no había personal para manejar el equipo de ultrasonido, razón por la que no se le pudo realizar a la paciente. Indica que no tuvo otra participación en la atención médica de la **agraviada 2**.*

16. Informe médico del Hospital Materno Infantil Tláhuac, elaborado por la Dra. Yolanda Granados Navarrete, médico adscrito a Ginecoobstetricia.

Se refiere a valoración de Urgencias por referir dolor de cadera de 30 minutos de evolución diagnosticando primigesta con embarazo de 40.1 semanas de gestación y probable preclampsia. Se dan datos de alarma.

*Fecha 08-01-09, hora 19:35, acude la **agraviada 2** al servicio de Urgencias, indica que a las 17:00 horas inicia dolor tipo obstétrico. Buena movilidad fetal. Plan: cita abierta a Urgencias, revaloración a las 23:00 horas.*

Fecha 09-01-09, hora 10:35, diagnóstico Primigesta de 26 años con embarazo de 41 semanas de gestación, pródromos de trabajo de parto. Plan: cita abierta a Urgencias y en 4 horas.

*Fecha 09-01-09, hora 14:00, **agraviada 2** acude a Urgencias por aumento en el número e intensidad de contracciones, con movimientos fetales.*

Fecha 09-01-09, hora 15:20, cérvix central 4 cm de dilatación, 60% de borramiento, salida espontánea de líquido citrino, miembros inferiores sin datos patológicos. No se cuenta al momento con USG y solicita rayos X de abdomen; cabalgamiento de huesos de cráneo. Informa al esposo de producto óbito.

Fecha 09-01-09, hora 21:45, continúa en trabajo de parto con signos vitales normales. Cérvix con 5 cm de dilatación, membranas rotas. USG: producto único sin actividad somática, ni frecuencia cardíaca fetal, el producto se encuentra en situación longitudinal.

*Fecha 10-01-09, hora 8:35, **agraviada 2** programada para cesárea, producto óbito, falta de progresión de trabajo de parto secundario a paro en la dilatación cervical. A la exploración física: actividad uterina regular 4 en 10 minutos.*

Fecha 10-01-09, hora 12:00, se realiza cesárea tipo Kerr, obteniendo a las 10:10 horas producto óbito de 3,370 gr, talla 51 cm, impregnado de meconio con livideces, placenta pequeña muy calcificada, impregnada de meconio, cordón umbilical normal, líquido sumamente escaso y meconial.

Fecha 11-01-09, hora 12:00, primer día de puerperio post-cesárea, óbito fetal, preclampsia.



Fecha 12-01-09, hora 10:00, cursa segundo día de puerperio post-cesárea, se reporta estable en buen estado general.

Fecha 13-01-09, hora 9:03, cursa puerperio mediato.

17. Averiguación Previa FTH/TLH-2T3/0041/09-01 iniciada por agraviada 2 y su esposo contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil de Tláhuac) por negación del servicio público y práctica indebida del servicio público, en la que se encuentra dictamen pericial forense, en el que se hace constar la práctica de la necropsia de ley en el cadáver del producto, teniendo como resultado lo siguiente:

El cadáver corresponde a un producto de la gestación del sexo femenino, de 40 semanas de vida intrauterina, quien mide 51 cm de estatura, 32 cm de perímetro torácico y 27 cm de perímetro abdominal, con peso de 3,500 gr, perímetro cefálico 33 cm, pie 9 cm. El cadáver presenta restos de meconio en cabeza y tronco; con presencia de cordón umbilical de 6 cm en su extremo distal.

Conclusión:

Producto del sexo femenino, de 40 semanas de gestación.

Sí era viable.

No vivió, ni respiró fuera del seno materno.

Sin lesiones al exterior.

Causa de muerte: asfixia no natorum.

La averiguación previa FTH/TLH-2T3/0041/09-01 fue consignada al Juzgado Sexto de Paz Penal, donde actualmente continúa desahogándose el proceso penal instaurado en contra de los médicos señalados como responsables, por los delitos de negación del servicio público y práctica indebida del servicio público.

18. Opinión médica sobre el caso de la **agraviada 2**, elaborado por la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en el que se verificó si el presunto retraso en la atención médica, así como la inadecuada valoración de la cual fue objeto la agraviada 2 en el Hospital Materno Infantil Tláhuac para atender su embarazo, condicionó la muerte del producto. Dicha opinión en sus conclusiones advierte lo siguiente:

Con base en el análisis realizado se formularon las siguientes Conclusiones:

- *Los médicos que realizaron la necropsia al cadáver del producto de la **agraviada 2** no precisaron ni demostraron documentalmente la causa de muerte, confundieron*



Recomendación 15/2013

mecanismo de muerte con causa de muerte. La asfixia no natorum (déficit de oxígeno intenso y/o crónico) no es una causa de muerte, es un mecanismo de muerte.

- *La necropsia médico legal realizada por médicos del Servicio Médico Forense tiene severas deficiencias y no cumple con criterios internacionales para la realización de la misma, a saber:*

- a) Realizaron lo que se conoce en el lenguaje médico como una autopsia a ciegas, ya que la realizaron sin conocer los antecedentes médicos de la **agraviada 2**, así como la evolución del embarazo y el parto.*
- b) No realizaron estudios histopatológicos del producto, el cordón umbilical, la placenta ni las membranas corioamnióticas.*
- c) En el Informe de Protocolo de Necropsia del hijo de la **agraviada 2** no existe el apartado más importante de un dictamen que es la discusión o valoración del caso, por lo que en dicho documento no existe ningún razonamiento o argumento médico que vincule los hallazgos realizados durante la necropsia con la conclusión a la que se llegó.*
- d) La conclusión a la que se llegó del Informe del Protocolo de Necropsia realizado en el Servicio Médico Forense del Distrito Federal al producto de la **agraviada 2**, no está documentada ni sustentada en argumentos de la ciencia médica.*

- *Es probable que la disminución de líquido amniótico (oligohidramnios) produjo la compresión del cordón umbilical durante el trabajo de parto, el cual condujo a sufrimiento y asfixia fetal. Es posible que las omisiones como: no dar seguimiento al oligohidramnios que presentaba la **agraviada 2**, y no verificar y registrar la frecuencia cardíaca fetal durante las contracciones uterinas al menos cada 30 minutos, no permitieron establecer oportunamente el diagnóstico de sufrimiento fetal.*

- *Las valoraciones médicas no fueron las adecuadas, ya que no se hospitalizó a la **agraviada 2** para establecer el bienestar fetal ni se diagnosticó el sufrimiento fetal oportunamente.*

- *En relación con los puntos anteriores se determina que la atención médica proporcionada a la **agraviada 2** no fue la adecuada.*

19. Oficio CG/CISS/SQDR/1210/2010 de fecha 4 de octubre de 2010, firmado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno se encuentra integrando el expediente CI/SSA/D/156/2009 iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja y que después de realizar diversas actuaciones, determina la elaboración del proveído de inicio de procedimiento administrativo disciplinario.



20. Dictamen de la Dra. Graciela Reyes Aguilar, perito médico adscrita a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, por el delito de homicidio por responsabilidad profesional. De la revisión que realiza a los antecedentes del caso, tomando como elementos de juicio médico las notas médicas del expediente del Hospital Materno Infantil Tláhuac, los ultrasonidos obstétricos, el partograma, la necropsia de ley, concluye que:

a) *Si existió por parte de los CC. Jaime Alberto Olivares Valdés, Jesús Zamudio Flores, Héctor Arturo Guzmán Aguirre, Claudia Martínez Pablo, José Manuel Bustamante Rodríguez y Carlos Antonio Cantellanos Ávila, MALA PRÁCTICA, IMPERICIA O NEGLIGENCIA TUVO COMO RESULTADO LA MUERTE FETAL POR ASFIXIA DE LA RECIÉN NACIDA DE 40 SEMANAS DE GESTACIÓN. Respuesta: El Dr. Jaime Alberto Olivares Valdés tuvo a la vista a la paciente a las 19:35 horas del 8 de enero del 2009, quien tenía 2 horas con dolor de tipo obstétrico, tuvo a la vista el ultrasonido realizado el día anterior que indicaba 41 semanas de gestación y oligohidramnios leve a moderado; no realiza partograma y no solicitó la valoración del caso al Servicio de Ginecología, enviando a su domicilio con cita abierta a Urgencias, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.*

El Dr. Jesús Zamudio Flores tuvo a la vista a la paciente el 9 de enero del 2009, a las 4:35 horas, con 11 horas con dolor de tipo obstétrico y también tuvo a la vista el ultrasonido en cuestión; tampoco realizó el partograma ni solicitó valoración del caso al Servicio de Ginecología, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.

El Dr. Héctor Arturo Guzmán Aguirre tuvo a la vista a la paciente en dos ocasiones, el 9 de enero del 2009, a las 10:35 horas, cuando la paciente ya contaba con 17 horas en trabajo de parto, tampoco realiza el partograma, cita a la paciente en 4 horas más y no detecta datos de sufrimiento fetal en la bebé. A las 14:00 horas ingresa a hospitalización a la paciente, la cual ya tenía 21 horas en trabajo de parto y aun así no detectó el sufrimiento fetal del producto, lo cual traduce desconocimiento y mala praxis médica.

*La Dra. Claudia Martínez Pablo, ginecóloga, al momento en que valora por primera vez a la paciente a las 15:20 horas, detecta que el producto ya no presentaba frecuencia cardíaca fetal, dio aviso al familiar y solicitó estudios complementarios corroborando la muerte del producto de la gestación de la **agraviada 2**. No existiendo en su atención médica mala praxis médica porque recibió obitado al producto de la gestación.*

El Dr. José Manuel Bustamante Rodríguez recibe la guardia nocturna del Hospital Tláhuac el 9 de enero del 2009, no existiendo en su atención médica mala praxis médica porque recibió obitado al producto de la gestación y vigila el trabajo de parto de la madre.



*El Dr. Carlos Antonio Cantellanos Ávila recibe la guardia matutina del Hospital Tláhuac el 10 de enero del 2009 y realiza la operación cesárea por falta de progresión del trabajo de parto a la paciente **agraviada 2**. No existiendo mala praxis en su actuación médica.*

*b) Precisar quién de los médicos no atendió debidamente en la praxis médica a la agraviada 2. Respuesta: Los médicos del Servicio de Urgencias: El Dr. Jaime Alberto Olivares Valdés, el Dr. Jesús Zamudio Flores y el Dr. Héctor Arturo Guzmán Aguirre, por no solicitar oportunamente la valoración médica de la especialidad de Ginecología y dejar a la paciente en trabajo de parto prolongado, sin adecuado control del trabajo de parto mediante apertura de partograma realizaron una atención tardía a la paciente **agraviada 2**.*

*c) Especificar si los médicos que realizaron el procedimiento a la **agraviada 2** incumplieron con las obligaciones que les impone la legislación de la materia, especificando la norma oficial que se incumplió. Respuesta: La Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993, en su punto 5.4.2., indica la necesidad de llevar un registro del trabajo de parto mediante la realización de un partograma, en el presente caso no se realizó oportunamente y no se detectó el sufrimiento fetal durante las 21 horas que duró su trabajo de parto.*

d) Debido a qué situación presenta protuberancia y/o prominencia en la cabeza del producto de sexo femenino de 40 semanas de gestación, para lo cual deberá tomar todas y cada una de las constancias que obran en la presente Averiguación Previa. Respuesta: La protuberancia del cráneo que presenta el cadáver de la recién nacida se debe a un moldeamiento de los huesos del cráneo al imbricarse la sutura, es frecuentemente observado en algunos bebés durante el trabajo de parto, se debe a que al tratar de salir hacia el canal del parto, los huesos del cráneo se adaptan y moldean y se le conoce como caputsucedaneum.

Caso 3. Expediente CDHUS/III/122/VC/09/D4787

21. Oficio DAJ/SAA/002591/09 de fecha 4 de septiembre de 2009, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, mediante el cual remitió resumen clínico de la atención médica prenatal otorgada a la **agraviada 3**.

*Nombre de la paciente: **agraviada 3***

Edad: 38 años



Acude la paciente al Centro de Salud TIII Dr. Rafael Carrillo, por primera vez el día 8 de enero de 2009, siendo el motivo de la consulta que presentaba amenorrea secundaria a embarazo.

Entre sus antecedentes heredo familiares de importancia, presenta el de padre y tío paterno con hipertensión arterial, negando algún otro antecedente heredo familiar, así como personal y patológico de importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes ginecoobstétricos, refiere inicio de vida sexual a los 19 años de edad, gestas IV, paras III, Abortos 0, con fecha de última menstruación el 24 de septiembre de 2008 y con fecha probable de parto el 1 de julio de 2009.

Recibe su primera consulta en este Centro de Salud el día 8 de enero de 2009, encontrándose su estado de salud dentro de límites normales. En esa ocasión presenta embarazo de 10.8 semanas de gestación. Indicándole como tratamiento el uso de ácido fólico, dieta hiposódica, se indican estudios de laboratorios prenatales y ultrasonido obstétrico. Se cita a la paciente cuando tenga resultados de laboratorio.

Acude a consulta el 31 de marzo de 2009, para continuar con su control prenatal; encontrándose sana, con un embarazo de 28 semanas de gestación y en esta ocasión ya se manifiesta la presencia de foco fetal con FC de 140 x minuto, nuevamente se solicitan exámenes de laboratorio, ya que no se los había realizado. Se le indica continuar con ácido fólico y se agrega fumarato ferroso. Se le dan indicaciones de pasar a trabajo social para recoger su canasta nutricional.

Se presenta a consulta el día 2 de abril de 2009, presenta ultrasonido obstétrico con reporte de 27 semanas de gestación. Se refiere clínicamente sana, presenta exámenes de laboratorio. No hay general de orina en la unidad. Diagnóstico en esta ocasión, multigesta de 28 semanas de gestación.

El 27 de mayo de 2009 acude a consulta, no se encuentran datos de patología alarmante para el embarazo. A la exploración del abdomen con foco fetal de 140 x minuto, con presentación del producto cefálica, longitudinal y dorso a la derecha. El diagnóstico en esta ocasión es de embarazo de 36 semanas de gestación.

Se realiza en esta visita su pase de referencia a 2º nivel de atención para la atención del parto. A solicitud de la paciente se refiere al Hospital Materno Infantil Inguarán de los Servicios de Salud del Distrito Federal, advirtiéndole la trabajadora social que su hospital de referencia es el Hospital General Iztapalapa, y a pesar de ello solicita el Materno Infantil Inguarán (firma de enterada la referencia), se le indica por parte de Trabajo



Recomendación 15/2013

Social que para no tener contratiempos lleve su hoja de referencia, credencial de elector y su adscripción al seguro popular.

No se tiene contrarreferencia de la atención del parto.

Existe la constancia en la libreta de control de haber recibido en 4 ocasiones la canasta nutricional.

22. Oficio DJUDM/551/2009 de fecha 1 de septiembre de 2009, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió resumen clínico de la atención médica prenatal otorgada a la **agraviada 3**.

Femenino de 38 años de edad, quien ingresa a la institución el día 10 de julio del 2008 (sic), a las 13:48 horas, con el diagnóstico de ingreso: multigesta con embarazo de 41.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación y 40.1 semanas por ultrasonido, sin trabajo de parto.

Los estudios clínicos que se solicitaron fueron los siguientes: grupo y Rh, perfil y coagulación, biometría hemática, prueba sin stress, ultrasonido obstétrico del 6 de julio.

Nota de alta: diagnóstico de ingreso: embarazo de 41 semanas de gestación.

Diagnóstico de egreso: puerperio mediato, prolapso anorectal.

Tratamiento: atención de parto, episiotomía.

Producto masculino de 3050 gramos, apgar no valorado.

Exploración física: buen estado general, hidratada, tegumentos de coloración normal, abdomen con útero involucionado, genitales con líquidos normales, prolapso anorrectal, extremidades sin patologías.

Pronóstico bueno para la vida.

En relación al producto:

Hora de nacimiento 12:20 horas.

Dx. de ingreso, recién nacido de término, apnea secundaria, probable asfixia perinatal, descartar alteraciones metabólicas.



23. Certificado de defunción en el que se señala:

Causas de la defunción:

Acidosis metabólica severa.

Hipertensión pulmonar del recién nacido.

Crisis convulsivas.

24. Entrevista con la **agraviada 3** y el peticionario en la que refirieron lo siguiente:

Ella llevó su control prenatal en el Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Carrillo, ubicado en la Delegación Iztapalapa.

Durante su atención prenatal el personal médico y de enfermería que la atendió en todo momento le informó que su embarazo era perfecto, ya que el bebé se encontraba en buenas condiciones de salud, aunado a que ella no presentaba ninguna sintomatología que pusiera en riesgo su salud.

En su última consulta en el Centro de Salud le fue entregada la hoja de referencia al Hospital Materno Infantil Inguarán, a fin de continuar su atención en ese lugar y finalmente fuera atendido su parto.

Aclara que éste se trataba de su cuarto embarazo y el parto tenía como fecha probable para realizarse (de conformidad con lo señalado por los médicos que la atendieron) entre el 1 y 5 de julio de 2009.

En virtud de lo anterior acudió al área de urgencias del Hospital Materno señalado el 5 de julio de 2009 donde se valoró su estado de salud y se le indicó que aún no se encontraba en trabajo de parto.

Al día siguiente y tomando en consideración las fechas probables de su parto (1 al 5 de julio), acudió nuevamente al hospital aludido, donde se le practicó un ultrasonido y el médico que la valoró le informó que todo se encontraba en buenas condiciones y que esperara entre ese día y el 10 de julio, ya que en cualquier momento podría entrar en labor de parto.

El 10 de julio acudió de nueva cuenta al área de urgencias del hospital, a fin de monitorear su embarazo (aclara que para esa fecha ya presentaba un embarazo de casi 41 semanas de gestación), toda vez que no presentaba contracciones ni salida de líquido por la vagina.



Recomendación 15/2013

En esa ocasión y tomando en consideración las semanas de gestación que presentaba, los médicos que la valoraron determinaron ingresarla a la sala de labor del hospital, donde el médico que la revisó estableció que aún no se encontraba en trabajo de parto latente y la dejó recostada hasta el día siguiente, ello en virtud de que éste consideró que debía tratarse de un parto natural. Aclara que entre el 8 y 9 de julio, sentía fuertes movimientos de su bebé al interior de su vientre; sin embargo, para la fecha del nacimiento del mismo, dejó de sentirlo.

Durante su estancia en la sala de labor de parto (10 de julio), varios médicos de los diversos turnos la valoraron; sin embargo, coincidieron en que su parto debía ser por la vía natural y tenía que esperar. Fue así que hasta el día siguiente por la mañana (11 de julio), un médico del turno matutino la valoró y le suministró un medicamento para inducirle el parto, pues consideró inaceptable que los médicos de los otros turnos manifestaran que aún no se encontraba en trabajo de parto, y no hubieran adoptado medidas para inducirle el mismo.

Posterior a lo realizado por el médico presentó el rompimiento de la fuente y el líquido vaginal desprendía un olor sumamente fétido.

Derivado de lo anterior, su hijo nació aproximadamente a las 11:20 horas del 11 de julio de 2009.

Aclara que al momento de su nacimiento, su hijo no presentó ningún movimiento y no lloró; sin embargo los médicos le informaron que no se preocupara, que durante el parto habían existido complicaciones y que el bebé había nacido cansado; no obstante, con el paso de los días se estabilizaría.

Al día siguiente —12 de julio de 2009— el peticionario tuvo oportunidad de visitar a su hijo recién nacido en el área de cuneros del hospital, donde le informaron que había nacido con un peso de 3,050 gramos, y lo observó en buenas condiciones físicas, ello derivado de que presentaba buen tamaño y un color normal como el de los demás recién nacidos.

El 13 de julio el peticionario acudió a visitar a su hijo y fue apartado de la fila de los padres que intentaban ingresar al hospital, informándole el personal médico que su bebé había fallecido; sin proporcionarle mayores datos.

*Posteriormente, a la **Agraviada 3** un pediatra del hospital (desconoce su nombre) le informó que su bebé había fallecido por la negligencia de los médicos que atendieron a su esposa, toda vez que se les pasó el parto y por ende dejaron morir al producto. El médico le recomendó no dejar las cosas así y denunciar los hechos, a fin de llegar hasta las últimas consecuencias.*



*Aclara la **Agraviada 3** que fue dada de alta del hospital el mismo lunes en que a su esposo le fue notificada de la muerte de su bebé. Ella egresó en muy malas condiciones, toda vez que aún presentaba fuertes dolores en su cuerpo, propios del esfuerzo que realizó al momento en que nació su hijo, incluso derivado de dicho esfuerzo presentó un problema en el recto, por lo que fue enviada a valoración por un médico proctólogo.*

El martes 14 de julio, personal del hospital se comunicó vía telefónica con ellos para informarles que si no acudían a la brevedad por el cuerpo de su hijo, éste ya no les sería entregado. En la misma fecha acudieron al nosocomio mencionado, donde les fue entregado el cuerpo de su hijo. Aclaran que en virtud del dolor que les causaba la situación que vivieron no revisaron que el cuerpo que les fue entregado correspondiera al de su hijo, sino una vez que les fue entregado buscaron inmediatamente apoyo para sepultarlo.

Varios días después de los acontecimientos, acudieron a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y también a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, donde realizaron sus denuncias y se dio inicio a las investigaciones correspondientes.

Solicitan el apoyo de este Organismo, a fin de que se investiguen los hechos y se acredite la deficiente atención médica que se le proporcionó para atender su parto, la cual trajo como consecuencia la muerte de su hijo recién nacido.

Asimismo, derivado de dicha investigación se sancione a los responsables de la atención médica proporcionada a su familiar. Del mismo modo, en nombre de su hijo fallecido, los médicos del hospital pongan mayor énfasis en la atención que brindan a los pacientes, a fin de evitar que hechos similares a los sucedidos vuelvan a pasar con otra familia.

25. Opinión médica realizada por personal de este Organismo en relación con la atención médica brindada a la **Agraviada 3**.

Discusión

*La **Agraviada 3**, de 38 años de edad, cursaba su cuarto embarazo, siendo los anteriores el nacimiento por parto vaginal, llevando su control prenatal en el Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Carrillo, siendo su primera consulta el 8 de enero de 2009, presentando en ese momento un embarazo de 28 semanas de gestación por FUR y teniendo una fecha probable de parto el 1 de julio de 2009. Cursando según notas*



Recomendación 15/2013

médicas un embarazo sin complicaciones, el 27 de mayo le otorgan hoja de referencia, solicitando la paciente fuera enviada al Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII), ya que por su domicilio le correspondía el Hospital General Iztapalapa.

*El día 6 de julio acudió al HMII, sin que se tenga documentado si fue a consulta externa o al servicio de Urgencias, pero le realizan un ultrasonido en donde refiere que es por el servicio de Urgencias, que reportó una FCF de 122 latidos por minuto, la cual se encuentra en el límite de la FCF normal (siendo la frecuencia fetal normal de 120-160 latidos por minuto); ese mismo día realizan un estudio de Fisiología Obstétrica y Medicina Materno-Fetal y en dicho estudio hacen la especificación que la paciente presenta tendencia al síndrome supino hipotensivo. No se encuentra ningún documento que señale el motivo por el cual acudió la paciente ese día, la indicación para haber realizado el ultrasonido y el estudio de Fisiología Obstétrica; por lo cual se le solicitó información adicional al Hospital, sobre en qué casos se realiza este estudio y en específico el motivo por el cual se le realizó a la **agraviada 3**.*

En las respuestas recibidas, dan una serie de padecimientos por los cuales se realiza, pero no hacen la aclaración de cuál de todos esos padecimientos presentaba la paciente; aparentemente solo que a criterio médico presentaba un embarazo de 40.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación. Pero considerando lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que en su numeral 4.9 define el parto (o embarazo) con producto a término al producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación y en el numeral 4.10 que el parto (o embarazo) con producto a posttérmino es cuando el producto del organismo materno es de 42 o más semanas de gestación.

Por lo que considerando lo que establece la Norma Oficial con las semanas de gestación que se mencionan en el informe, todavía se consideraba un embarazo de término (sí pasaba las semanas de gestación pero todavía no podía considerarse tardío o posttérmino), lo cual no ingresa en ninguna de las alteraciones que ellos mencionan; así como en la evolución de su embarazo no hay alguna de las patologías que refieren como indicación. Por lo que se observa una falta de documentación o criterio para la realización de dicho estudio, el cual no queda asentado en ninguna nota ni en la solicitud adicional de información, que justifique la realización de éste. Aunque parezca redundancia, no está documentado qué es lo que llamó la atención al médico para haber indicado dicho estudio, pero la realización de éste deja el antecedente de que la paciente tiene la tendencia a la presencia del síndrome supino hipotensivo.

Ahora bien, en esta fecha (6 de julio de 2009) que la paciente ingresó aparentemente al servicio de Urgencias, sin que se tenga la documentación certera de que ingresó a ese



servicio (solo el reporte del ultrasonido), ya tenían el reporte de ambos estudios realizados; así como el o los médicos tratantes ya deberían de haber tenido sus antecedentes, dentro de los cuales destaca ser una mujer de edad superior a los 35 años, con gran pariedad, con un embarazo de término (40.5 semanas de gestación) y que sus anteriores embarazos se habían resuelto por vía vaginal sin complicaciones.

*Todos estos antecedentes que presenta son factores predisponentes que condicionan sufrimiento fetal y corroboración por estudios de disminución de la frecuencia cardíaca fetal y tendencia por parte de la madre a presentar síndrome supino hipotensivo (que también es una causa que condiciona la presencia de sufrimiento fetal); se tenía que haber realizado la evaluación global de todos estos condicionantes y haberse hospitalizado a la **agraviada 3** para término del embarazo por vía abdominal (realizarle cesárea).*

De acuerdo a lo mencionado en la literatura médica, el síndrome supino hipotensivo es por compresión de la vena cava inferior por el útero, implicando una disminución del flujo de sangre arterial materna hacia la placenta; así se condiciona hipotensión y bradicardia materna, dando por resultado desaceleraciones en la FCF, siendo este un factor condicionante o desencadenante del sufrimiento fetal. Por lo que en dicho Hospital en donde se iba a realizar la atención del parto, ya se tenía el conocimiento de que la paciente tenía propensión a presentar este síndrome y por consiguiente una bradicardia a nivel fetal (disminución de la FCF); documentado en el ultrasonido realizado el 6 de julio reportó una tendencia a la baja (122 latidos por minuto); sin que se tenga documentado que los médicos de dicho Hospital que la valoraron hayan tomado alguna medida sobre el reporte de los estudios, se le hayan dado indicaciones a la paciente sobre la presencia del síndrome supino hipotensivo y las repercusiones que pudiera presentar este en el producto.

El día 10 de julio la paciente vuelve a acudir a valoración por el servicio de Urgencias, sin que presentara actividad uterina ni pérdidas transvaginales, el orificio cervical interno se encontraba cerrado, pero debido a que por FUR ya presentaba 41.2 semanas de gestación es ingresada por considerar la presencia de un embarazo prolongado; a su ingreso presentaba una FCF de 125 latidos minutos (igualmente, con tendencia a la baja). Debido a que cuando ingresa propiamente al área de labor presentaba una actividad uterina irregular y en la nota se especifica que la FCF era de 142 latidos por minuto (sin que se especifique la técnica que utilizaron para su determinación) deciden iniciar prueba de trabajo de parto.

Hay que hacer la aclaración que a su ingreso no hace mención de los estudios realizados en ese Hospital el 6 de julio y que ya reportaban un compromiso sobre la circulación fetal y por consiguiente factores predisponentes para presentar sufrimiento



fetal; por estos estudios y antecedentes conocidos, no debía haberse iniciado la conducción del trabajo de parto, ya que durante el trabajo de parto la circulación del cordón umbilical se puede modificar por compresión o estiramiento, ocasionando una alteración en la gasto feto-placentario.

No se encuentra documentado si se inició realmente la prueba de trabajo de parto y cómo fue la evolución de la misma; según lo especificado en los lineamientos técnicos de la Cesárea segura la prueba de trabajo de parto tiene como objeto conseguir la evolución del trabajo de parto y que toda prueba debe apegarse a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y decisión oportuna del momento de su terminación. Dentro de los requisitos que debe presentar la paciente es tener una dilatación de 4 cm. o más, actividad uterina regular y membranas rotas; dentro de los cuidados durante esta prueba están el mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 minutos) y auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. En el momento en que se indica esta prueba la paciente no presentaba estos requisitos, por lo que el personal médico no estaba cumpliendo con las indicaciones para iniciar dicha prueba.

Se indica por médicos iniciar la administración de oxitocina para inducción del trabajo de parto, pero no se especifica en las notas de enfermería la hora en que se inició su administración. En la literatura médica se menciona que la inducción de oxitocina se realiza en solución intravenosa y que contenga 5 unidades de oxitocina, aumentando de 3 en 3 mU/min cada hora, hasta obtener una dinámica uterina efectiva.⁸

Hasta la última nota del día 10 de julio a las 21:00 horas, aparentemente continuaba sin modificaciones en la actividad uterina, cambios en el orificio cervical o alteraciones en la FCF; la siguiente valoración es al siguiente día a las 6:00 horas, siendo que hasta ese momento no hay una adecuada respuesta clínica a la inductoconducción, presentando una dilatación cervical mínima (2 centímetros) a pesar de haber iniciado la administración de oxitocina. Pero 2 horas y media después ya hacen mención que la actividad uterina se hace regular, presentando 3 contracciones en 10 minutos, el cérvix ya presentaba 4 centímetros, borramiento del cuello uterino del 80% y las membranas seguían integras.

Por las características del cuello uterino, consideran que se encuentra ya en fase activa del trabajo de parto, continuando con la conducción del trabajo de parto con 5 unidades de oxitocina que inició su administración a las 10:00 horas, pero posteriormente se indica agregar a la solución 15 unidades más, sin que se encuentre documentado la

⁸ Fajardo Rodríguez, Otoniel; *Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas*; Rev Cubana ObstetGinecol 2001; volumen 27 (2); páginas 135-140.



hora en que se agregaron, pero fue antes de que ingresara a la sala de expulsión. Considerando lo mencionado anteriormente sobre la inducción del trabajo de parto, el aumento de la oxitocina no se realizó de esta manera, al contrario, hubo lapsos en las que se suspendía la administración de ésta, se volvía a indicar e incluso se le administraron 15 unidades juntas entre las 10:00 y las 12:00 horas; dando esta indicación aunque en las notas aparentemente ya presentaba una actividad uterina regular. El numeral 9.1.3 de la Norma Oficial sobre el expediente clínico menciona que en las notas de enfermería debe constar la ministración (administración) de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía en que se le brindaron; por lo que en cuanto a la administración de oxitocina, no cumple con lo estipulado en este numeral, pues no se especifican horarios de administración y suspensión de la misma.

Se vuelve a realizar valoración a las 12:00 horas, la paciente ya presentaba una dilatación del cuello uterino de 10 centímetros y el borramiento era del 100%, hasta este momento y debido a que no había presentado ruptura de las membranas amnióticas, la realizan manualmente; observando que el líquido amniótico tenía meconio ++, no fétido, pero que la FCF era de 140 latidos por minuto. Las contracciones ya eran de 3 a 4 en 10 minutos, ya presentaba un patrón de contracciones uterinas más regular, por lo que pasan a la paciente a la sala de expulsión.

Al encontrarse la paciente en la mesa de la sala de expulsión, su posición es forzosamente en decúbito, señalan que la FCF era de 145 latidos por minuto, pero no se encuentra en la nota a qué hora se tomó dicha frecuencia, estimando que la paciente pasó a la sala a las 12:00 horas y la hora de nacimiento del producto es a las 12:20 horas. En el periodo expulsivo es cuando hay un aumento de las contracciones uterinas y por las mismas y la posición en que se encuentra la paciente, el flujo sanguíneo se ve alterado hacia la placenta y es cuando más se puede presentar la hipoxia en el producto (tanto por un síndrome supino-hipotensivo o el Efecto Poseiro).

En la literatura médica⁹ se cita que en el periodo expulsivo las contracciones uterinas presentan una intensidad superior a los 80 mmHg, nivel por encima del cual el flujo arterial útero-placentario hacia el espacio intervilloso está interrumpido. La presión intraabdominal de los esfuerzos del pujo se suman al efecto deletéreo de la presión uterina sobre la circulación placentaria y la oxigenación fetal. La compresión cefálica es intensa luego de la ruptura de las membranas ovulares y durante el descenso de la cabeza fetal; muchas veces la madre se encuentra en posición supina o de litotomía, lo que favorece el síndrome supino hipotensivo y el efecto Poseiro. Hacia el final del trabajo de parto, la mujer frecuentemente se encuentra en acidosis metabólica,

⁹Alonso Tellechea, Justo; *La frecuencia cardiaca fetal en el periodo expulsivo del parto*; Universidad de la republica Oriental de Uruguay; Departamento Clínico de Perinatología; página 15.



agravada durante el período expulsivo por apneas prolongadas y por la producción de ácido láctico por los músculos que intervienen en los esfuerzos de pujo; la circulación en el cordón umbilical puede ser modificada por una compresión o estiramiento, lo que lleva a una disminución o a una interrupción del gasto feto-placentario. Todo este cuadro conlleva a que se pueda presentar un sufrimiento fetal.

*Como ya se había señalado anteriormente, la **agraviada 3** presentaba por clínica y documentado con estudios (realizados el 6 de julio) factores predisponentes para que el producto presentara sufrimiento fetal; sin que se terminara su embarazo desde el primer ingreso (6 de julio), ni el día del segundo ingreso (10 de julio) a pesar de que se supone que esta documentación (reporte de estudios) ya estaba dentro del expediente de la señora. En lugar de ello, se realizó inductoconducción del trabajo de parto y se dejó evolucionar hasta el día 11 de julio para su nacimiento vía vaginal, que también condiciona disminución del fasto feto-placentario y por consiguiente puede presentar sufrimiento fetal.*

Conclusiones

*La **agraviada 3** a su ingreso a Hospital Materno Infantil Inguarán ¿tenía alguna indicación médica para la realización de la operación cesárea?*

*Por los datos que se obtienen del expediente, la **agraviada 3** ingresa al servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil Inguarán los días 6 y 10 de julio de 2009. Por los antecedentes que presentaba (paciente mayor de 35 años, multigesta, embarazo de más de 40 semanas de gestación) y estudios practicados el día 6 de julio donde se reporta un ultrasonido con frecuencia cardiaca fetal de 122 latidos por minuto y estudio de Fisiología Obstétrica y Medicina Materno-Fetal que concluye tendencia al síndrome supino hipotensivo; todos los cuales son factores predisponentes o causales de que se presente un sufrimiento fetal, sí se tenían criterios e indicaciones para realizar la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea).*

En su caso, ¿existe documentación que señale las razones por las cuales no se realizó la cesárea?

No existe documentación que avale el por qué no se realizó la cesárea; al contrario, como ya se mencionó en la discusión del caso, no hay nota de valoración del día 6 de julio. Se tiene documentado que la paciente acudió en esa fecha por los estudios realizados únicamente, con lo cual hay un incumplimiento a la Norma Oficial del expediente clínico en sus numerales 5.4, 5.9, 5.13 y 7.1. Y en las notas del día 10 y 11 de julio no se encuentra documentado (no se menciona el resultado en ninguna nota



médica o simplemente que se señale que se habían realizado) el reporte de los estudios del 6 de julio.

En su caso, la cesárea hubiera contribuido a que el producto naciera en mejores condiciones.

Si, ya que como se refiere en la discusión, la **agraviada 3** presentaba factores predisponentes para que el producto presentara sufrimiento fetal, lo cual conlleva a una hipoxia, síndrome de aspiración meconial y asfixia perinatal; las características clínicas que se presentan en esta alteración, son las que presentaba el producto al nacer y durante su estancia hospitalaria. Lo que justifica las condiciones en las que nació el producto.

De la documentación existente en el expediente de queja de esta CDHDF (que incluye los expedientes clínicos), se puede establecer con precisión ¿cuál fue la causa de muerte del producto y si dicha causa se puede atribuir a una mala práctica médica?

De la documentación que contiene el expediente de queja, no existe ninguna que nos pueda establecer con precisión la causa del fallecimiento del producto; pues no se cuenta con un Protocolo de Necropsia que nos indique exactamente la causa del deceso. Por lo que el fallecimiento del producto no lo podemos atribuir a una mala práctica médica; pero las malas condiciones en las que nació (cuadro de asfixia perinatal) sí se pueden atribuir a una mala práctica médica.

Es necesario hacer la observación de que los expedientes médicos tanto de la madre como del producto no cumplieron con lo señalado en:

Los lineamientos técnicos de la Cesárea, en lo referente a la prueba de trabajo de parto (en los requisitos para realizarla y los cuidados durante la misma) y en lo señalado en el numeral 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, sobre la verificación de la contractilidad uterina y latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

Lo establecido en el numeral 5.4.2.5 de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y 9.1.3 Norma Oficial del Expediente Clínico en referencia a los medicamentos utilizados, dosis, hora, cantidad administrada.



Recomendación 15/2013

Lo señalado en los numerales 8.1, y 8.3 de la Norma Oficial del expediente clínico, en referencia a las notas de ingreso y evolución de hospitalización, principalmente del producto y 8.1.1 sobre los signos vitales.

26. Oficio DJUDM/268/2010 de fecha 8 de junio de 2010, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió la siguiente información:

Cardiotocografía anteparto:

Método que evalúa el estado de salud enfermedad del feto mediante el registro simultáneo de las características de la frecuencia cardiaca fetal y la contractilidad uterina.

Indicaciones:

Hipoxia crónica fetal.

Síndrome de insuficiencia placentaria

Hipomotilidad fetal

Enfermedad vascular hipertensiva crónica

Restricción del crecimiento fetal

Embarazo prolongado

Diabetes mellitus/gestacional

Anemia microcítica e hipocrómica

Antecedente de óbito de causa desconocida

Isoinmunización al factor RH

Oligohidramnios

Sufrimiento fetal crónico

A criterio médico.

El personal encargado de realizarlo e interpretarlo es el médico especialista.

27. Oficio DJUDM/334/2010 de fecha 12 de julio de 2010, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remitió la siguiente información:

Criterio médico para la realización del estudio cardiocartográfico:

El personal encargado de realizarlo e interpretarlo es el médico especialista, basándose en las indicaciones previas, criterio médico de embarazo de 40.5 semanas por fecha de última menstruación.



28. Mediante oficio DGDH/DEA/503/4667/2012-10 de fecha 16 de octubre de 2012, suscrito por la agente del Ministerio Público, Titular de la Unidad Investigadora B-1 sin detenido en la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos se informa que la averiguación previa FVC/VC-1/T1/1674/09-07 iniciada por la agraviada 3 contra quien resulte responsable (médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán), fue remitida a la Coordinación de Servicios Periciales para determinar la responsabilidad de los médicos tratantes.

29. Oficio CG/CISS/SQDR/2043/2012 de fecha 28 de septiembre de 2012, firmado por Teresa Monroy Ramírez, entonces Contralora Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 21 de octubre de 2011, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/D/139/2009 iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja.

Caso 4. Expediente CDHDF/III/122/AO/09/D7560

30. Oficio DAJ/SAA/3812/09 de fecha 18 de diciembre de 2009 signado por el licenciado Darío Manuel Castorena Rojí, Encargado del Despacho de la Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante el cual remite copia del resumen clínico de la **agraviada 4**, del que se desprende lo siguiente:

Edad: 20 años. La paciente acude por primera vez a la Unidad el 16 de abril de 2009, es atendida por el doctor Archibaldo Mendoza Reyes, la paciente trae consigo USG que se realizó en el laboratorio de Análisis Clínicos Maya. El diagnóstico fue primigesta con embarazo de 8 semanas de gestación (corroborado con el USG), se le prescribe ácido fólico 4 mgr, una diaria y fumarato ferroso 200 mgr vía oral. Se solicitan exámenes prenatales (BH, QS, EGO, CPS-3-VDRL, Grupo Sanguíneo y RH). En todas las notas médicas el embarazo aparentemente cursa normoevolutivo.

Fue atendida en los servicios de odontología y nutrición como parte integral de la atención.

Se le proporciona en 5 ocasiones canasta nutricional. En la última consulta médica el 21 de octubre de 2009 se le hace hoja de referencia al Hospital Enrique Cabrera para seguimiento y atención de parto, el diagnóstico de referencia fue primigesta con embarazo de 36 semanas de gestación, normoevolutivo.



El 28 de octubre de 2009, se le realizó visita domiciliaria de seguimiento, en donde la paciente refiere que sí fue atendida en el Hospital Enrique Cabrera, tiene cita abierta y en caso de cualquier síntoma acudirá al hospital de inmediato.

31. Oficio HGEC/0257/10 recibido en esta Comisión el 1 de marzo de 2010, signado por la doctora Arcelia Martínez González, Directora del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, en el que remite copia del resumen clínico de la **Agraviada 4** suscrito por el doctor Víctor Manuel Gaspar Flores, Jefe de Ginecoobstetricia y la doctora Cristina Zenón Martínez, Jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de los que se desprenden lo siguiente:

*La **agraviada 4** acude el día 11 de noviembre de 2009 en trabajo de parto con diagnóstico de embarazo de 39.1 semanas de gestación, fase activa, por lo cual se ingresa al área de labor para vigilancia y atención del parto. Así como monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal. El día 11 de noviembre de 2009 a las 22:50 horas presenta variaciones de la frecuencia cardíaca fetal con descensos hasta de 100 latidos por minuto con líquido meconial, por lo que se decide interrupción del embarazo urgente por vía abdominal. A las 23:50 horas se obtiene producto por vía cesárea del sexo masculino, peso 2,960, talla 49 cms., apgar 8-9, placenta completa normal, cordón umbilical normal. El día 12 del mes de noviembre de 2009 a las 05:48 horas, la paciente presenta hipotonía uterina que no cede con medicamentos oxitócicos y maniobras mecánicas de compresión y debido a la hemorragia obstétrica importante se decide pasarla a quirófano para histerectomía obstétrica.*

Diagnóstico médico de ingreso: embarazo de 39.1 semanas de gestación, trabajo de parto fase activa y el diagnóstico de egreso fue: puerperio quirúrgico complicado. Postoperada de histerectomía total abdominal por atonía uterina irreversible y shock hipovolémico severo.

Los estudios clínicos que se le practicaron fueron: VH completa, tiempos de coagulación, Grupo y RH.

Ingresó el día 11 de noviembre de 2009 a las 16:30 horas y se egresó el día 12 de noviembre de 2009 a las 9:00 horas, por vía área con referencia al Hospital General Ticomán, ya que no contábamos con terapia intensiva, la cual requería la paciente que había tenido shock hipovolémico severo y aunque se corrigió era mejor ser manejada en la terapia. El diagnóstico fue el siguiente: puerperio quirúrgico inmediato, cesárea histerectomía obstétrica secundaria a atonía uterina irreversible más shock hipovolémico.

Pronóstico para la vida bueno y la para la función reproductiva negativo.



Recomendación 15/2013

El personal médico que atendió el parto es el siguiente: Dr. González Rodríguez Jesús, médico ginecoobstetra, doctora Silva Médico residente R1 de ginecoobstetricia, instrumentista Rocío de T/N.

Los motivos por los que no se le dieron informes a los familiares fue porque no estaban presentes en ningún momento, llegaron aproximadamente 20 minutos después de que se había retirado el helicóptero con la paciente al traslado a otra unidad hospitalaria (Ticomán). Lo anterior consta en la nota médica del día 12 de noviembre de 2009 a las 6:13 de la mañana.

Del resumen médico de la intervención del doctor Jesús González Rodríguez, médico tratante de la paciente se desprende que:

Acudo a la guardia del 11 de noviembre de 2009, turno nocturno, al pase de visita se me refiere paciente de 19 años de edad, primigesta con embarazo de 39.1 semanas de gestación, en trabajo de parto fase activa a la cual se observó líquido meconial.

A la exploración ginecológica con presencia de variaciones en la FCF con descensos a 100 x por lo que se decide interrumpir la gestación vía abdominal para disminuir los riesgos perinatales, se realiza cesárea sin complicación alguna.

Hallazgos: Recién nacido masculino con peso de 2,960 gramos, talla 49 cm, a las 23:21 horas, líquido meconial, presencia de circular de cordón a cuello.

Se nos reporta que la paciente presenta sangrado en recuperación a las 2:50 horas del 12 de noviembre de 2009, se inician maniobras manuales y farmacológicas por presencia de hipotonía, la paciente se encuentra con disminución de sangrado y a las 4:00 horas se indica reportar eventualidades y vigilancia estrecha del sangrado, se nos avisa a las 5:36 que la paciente se encuentra con hipotensión, se explora y se encuentra aún con hipotonía, por lo que se decide pasar de primera instancia a la ligadura de arterias hipogástricas, pero al realizar la laparotomía, encuentro útero atónico por lo que se decide realizar histerectomía obstétrica para preservar la vida de la paciente, realizándose sin complicación, sin daño a los órganos vecinos y pasando a recuperación conciente y alerta.

El cirujano fue el doctor Jesús González Rodríguez, Primer ayudante, doctora Acevedo Escobedo Elizabeth, segundo ayudante doctora Ríos Chiny Yolanda.

Del resumen clínico suscrito por la doctora María-Cristina Zenón Martínez, Jefa del Servicio de Neonatología se desprende lo siguiente:



Nombre del paciente: **Agraviada 4**

Fecha de ingreso: 11-11-09

Fecha de egreso: 16-11-09

DX de ingreso: Recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional.

DX de egreso: Recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional.

Se trata de recién nacido masculino, producto de la gesta 1, de madre de 20 años de edad, hemotipo A positivo, con control prenatal en 7 ocasiones, llega a la unidad tocoquirúrgica en trabajo de parto, se detecta sufrimiento fetal agudo, por lo que se realiza cesárea bajo anestesia general, se obtiene producto único vivo el 11-11-09 a las 23:24 horas, del sexo masculino que llora y respira al nacer, se califica con apgar 8/9, peso 2,960, talla 48 cm, ingresa al cunero de crecimiento y desarrollo por condiciones maternas (anestesia general); sin embargo, se nos notifica que la madre es trasladada al Hospital Ticomán, por lo que el recién nacido permanece en custodia en el servicio antes mencionado, durante su estancia se mantuvo con signos vitales dentro de parámetros normales, tolerando adecuadamente la vía oral, uresis y evacuaciones presentes y normales, el 16-11-09 se nota tinte icterico zona KII, se toman exámenes de laboratorio de control encontrándose dentro de parámetros normales con grupo sanguíneo A positivo, se toma tamiz neonatal folio 1972835. Durante su estancia se habló con el padre para que bajo responsiva de él se egresara al paciente por el estado de salud de la madre; sin embargo, refirió que por el momento no podía hacerse cargo del recién nacido ni tenía familiar que lo ayudara, por lo que el paciente quedó en custodia hasta el 16-11-09 que la madre acudió y se egresó al paciente con ella.

32. Oficio DAJ/SAA/0805/2010 de fecha 25 de marzo de 2010 suscrito por el licenciado Pedro Fuentes Burgos, Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el que envía Resumen Médico suscrito por la doctora Martha Patricia Galindo García, Jefa del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Ticomán y en el que se lee:

Fecha de ingreso: 12 de noviembre de 2009.

Fecha de egreso: 15 de noviembre de 2009.

Diagnóstico de ingreso: postoperada de histerectomía total abdominal más ligadura de hipogástricas. Enfermedad hipertensiva del embarazo a descartar choque hipovolémico clase funcional IV coagulopatía por consumo, trombocitopenia, síndrome anémico secundario.

Diagnóstico de egreso: choque hipovolémico corregido. Síndrome anémico secundario en corrección. Postoperada de cesárea kerr, puerperio quirúrgico patológico mediato. Postoperada de histerectomía total abdominal por atonía uterina más ligadura de hipogástrica.



El día 12 de noviembre de 2009, ingresa al servicio de urgencias paciente femenino de 20 años de edad, procedente del Hospital General Enrique Cabrera con diagnóstico de postoperada de cesárea por embarazo de término y sufrimiento fetal agudo con sangrado postquirúrgico 500 cc presentando atonía uterina en postoperatorio, con hemorragia de 1800 cc refractaria a tratamiento médico, por lo que se pasa a histerectomía total abdominal con ligadura de hipogástricas, con sangrado transoperatorio de 800 cc, con un total de 3000 cc, hemotransfundiéndose 4 paquetes globulares y 3 plasmas frescos congelados, se solicita a unidad de terapia intensiva de Ticomán, ya que su hospital se encuentra en contingencia.

El 12 de noviembre de 2009 se ingresa al servicio de terapia intensiva en donde se recibe a paciente hemodinámicamente estable, reactiva con signos vitales estables, se continúa monitoreo estrecho y vigilancia de sangrado activo por coagulopatía, durante su estancia evoluciona de forma satisfactoria con escala de Glasgow de 15 puntos con ventilación espontánea y equilibrio ácido base sin repercusión aguda pulmonar por transfusión, cardíaco sin alteraciones en ritmo, ni apoyo vasopresor no ameritando incluso acceso venoso central, digestivo con abdomen blando depresible sin megalias con peristalsis presente y tolerando la dieta enteral. Renal con volúmenes urinarios adecuados y reporte de azoados en límites normales, hematológicamente sin descompensación con corrección de cifras de hemoglobina y hematocrito así como de plaquetas sin evidencia de coagulopatía o sangrado activo, por lo que no amerita más hemotransfusión, catabólicamente en control y medio interno en equilibrio a nivel infeccioso sin foco identificado, cubierta con monoterapia antimicrobiana de forma profiláctica, por lo que el día 13 de noviembre de 2009 se decide egreso al servicio de ginecoobstetricia para continuar manejo. El 14 de noviembre del 2009, paciente hemodinámicamente estable, sin complicaciones posoperatorias, se inicia vía oral y deambulación. El 15 de noviembre del 2009, paciente con evolución satisfactoria, signos vitales dentro de parámetros normales, tolerando vía oral, uresis presente, canaliza gases sin datos de irritación peritoneal.

Herida quirúrgica limpia de bordes afrontados, sin datos de proceso infeccioso, al tacto vaginal cúpula vaginal cerrada, bien suspendida, con manchado hemático de guante explorador, miembros inferiores sin edema y reflejos osteotendinosos normales. Se decide alta por mejoría.

33. Opinión médica de personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, en el que señala lo siguiente:

Discusión del caso



Recomendación 15/2013

Se trata de **agraviada 4**, de 20 años de edad, quien cursaba con primer embarazo de 39.1 semanas de evolución, acudió con dolor obstétrico de 24 horas de evolución, percibe movimientos fetales. A la exploración física se observó con tensión arterial de 110/80, sin fiebre. Abdomen con fondo uterino de 30 cm, con producto único vivo en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, con frecuencia cardíaca fetal de 145, con actividad uterina irregular. Cérvix posterior, con 5 cm de dilatación, 80% de borramiento, amnios íntegro, calota dura. Se ingresa a unidad Tocoquirúrgica para conducción y atención de trabajo de parto. Se indicó solución glucosada al 5%, más 5 U de oxitocina, así como biometría hemática y tiempos de coagulación.

A las 22:50 horas se refiere que detectan variaciones de la frecuencia cardíaca fetal con descensos hasta 100 latidos por minuto, en este momento el líquido amniótico se aprecia meconial, por lo que se decide interrupción del embarazo por vía abdominal urgente.

Se realiza cesárea Kerr, hallazgos: Masculino con peso de 2960 gr, talla 49 cm, hora de nacimiento: 23:21 horas, placenta completa, líquido meconial +++ y con circular a cuello. Sangrado: 500 ml.

Las notas de enfermería refieren que a la 1:00 hrs, T/A 113/81, paciente post puerperio quirúrgico, involución uterina a altura de cicatriz umbilical. Sangrado muy abundante, se administran medicamentos, pasa a sala de ginecología. A las 2:50 horas, T/A 95/60 mmHg, paciente presenta sangrado abundante, 500 ml, se avisa al médico, la revisa, se canaliza por otra vía venosa, se revisa por segunda vez drenando 500 ml. Se administró una ampula de ergonovina, 5 unidades de oxitocina. A las 3:25 horas se administró una ampula de ergonovina. A las 4:17 horas se administró una ampula de gluconato de calcio. A las 6:13 horas se le practicó laparotomía exploradora por hemorragia obstétrica, se encuentra útero totalmente atónico por lo cual se decide histerectomía obstétrica, sacrificando el órgano para preservar la vida de la paciente.

La paciente pasa a recuperación con signos vitales de: frecuencia cardíaca 150, frecuencia respiratoria de 26, saturación 100%, tensión arterial 178/97 mmHg. Presenta estertores subcrepitantes basales, no cuenta con reporte gasométrico cardíaco; canalizada con tres vías periféricas, con un sangrado total de 3000 ml, se han hemotransfundido 3 paquetes globulares y 2 de plasma. Se solicita interconsulta a nuestro servicio, sin embargo, por estar la unidad en contingencia por influenza, no es ingresada a terapia intensiva.

Fue referida al Hospital General Ticomán el 12 de noviembre de 2009, en donde refiere que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, reactiva con signos vitales estables, se continúa monitoreo estrecho y vigilancia de sangrado activo por



coagulopatía¹⁰. Durante su estancia evoluciona de forma satisfactoria, fue egresada el día 15 de noviembre de 2009.

En lo que respecta a los planteamientos del problema, se solicita establecer si existieron motivos de carácter médico que justificaran la realización de la cesárea a la **agraviada 4**, la literatura médica refiere que una de las causas fetales por las que podría estar indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea) es el sufrimiento fetal agudo. Dos de los signos que se vinculan con el sufrimiento fetal¹¹ son la frecuencia cardíaca fetal menor a 120 latidos por minuto así como la irregularidad en la frecuencia de los latidos fetales. En el caso que nos ocupa la nota prequirúrgica (ver numeral 4.1.2) refiere alteraciones en la frecuencia cardíaca y disminución del mismo signo (100 latidos por minuto).

Por lo anterior, se concluye que el producto de la **agraviada 4** presentaba sufrimiento fetal, situación clínica que constituye una indicación médica para la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea).

En lo que respecta al segundo planteamiento que refiere establecer si el tratamiento médico y medicamentoso fue el adecuado por la hemorragia obstétrica que presentaba la **agraviada 4**, en ese sentido la literatura médica¹² refiere que la hemorragia obstétrica¹³ es la primera causa de muerte materna en el mundo. Es una situación urgente que compromete la vida de las mujeres. Los principios básicos para el tratamiento del choque hemorrágico de origen obstétrico son: el manejo óptimo del tiempo, la reposición adecuada del volumen sanguíneo, el trabajo en equipo y la insistencia en el uso de las diferentes maniobras para la disminución de la hemorragia. La pérdida de más de 1000 ml es un buen punto de corte para iniciar las maniobras de reanimación. En el caso que nos ocupa, en las notas de enfermería (ver numeral 4.1.4) se refiere que la **agraviada 4** ingresó al área de Recuperación a las 1:30 horas del 12 de noviembre de 2009 presentando sangrado transvaginal muy importante. A las 2:50 horas se cuantificó una hemorragia de 1000 ml, por lo que se establece que el punto de partida para iniciar las maniobras de reanimación fue a las 2:50 horas.

La misma literatura refiere que durante los primeros veinte minutos se debe restaurar el volumen circulante y la identificación de la causa y control de la hemorragia. El

¹⁰Trastorno que afecta a la capacidad de la sangre para coagularse.

¹¹Shwarcz, Ricardo, *Obstetricia*. 4ª Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina. 1992. Pág. 422

¹²Vélez Álvarez, Gladis Adriana, et al. Código Rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol.60, No. 1, 2009, (34-48).

¹³Relacionada con el embarazo, parto y post parto.



medicamento de elección para el manejo de la atonía uterina¹⁴ es la oxitocina administrada en infusión. Si no hay contraindicaciones se debe administrar metergina simultáneamente. Si con estos medicamentos no se logra el control se debe adicionar misoprostol¹⁵. Durante los 20 a 60 minutos siguientes se deben mantener las maniobras compresivas, como el masaje uterino bimanual o la compresión externa de la aorta y el suministro de uterotónicos. En el caso de la agraviada se hace constar que la paciente presentaba atonía uterina hasta las 5:48 horas (Ver numeral 4.1.8), los medicamentos que se administraron fueron a las 2:50 horas una ampula de ergonovina y 5UI de oxitocina. A las 3:25 horas se le indicó nuevamente una ampula de ergonovina. A las 3:35 horas una ampula de gluconato de calcio. Por todo lo anterior, es posible establecer que existió mala práctica médica ya que en este caso se observó un retraso en la atención de la paciente debido a que desde la 1:30 horas se advirtió la hemorragia postparto y no se proporcionaron medicamentos hasta las 2:50 horas, es decir 80 minutos después. Asimismo, no se administraron otros medicamentos para aumentar el tono del útero como misoprostol el cual está indicado como segunda opción, después de la oxitocina. La literatura médica refiere que después de una hora de hemorragia e hipoperfusión, con o sin tratamiento, existe una alta probabilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID) por lo que se deben realizar pruebas de coagulación y antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico es necesario garantizar la recuperación de la coagulación. En este caso no se hizo constar la realización de estudios de laboratorio para determinar los tiempos de coagulación.

Si el sangrado continúa hasta los sesenta minutos de inicio de la hemorragia se debe indicar la administración de hemoderivados, la realización de procedimientos quirúrgicos (ligadura de arterias uterinas, histerectomía) y vigilancia en una unidad de cuidados intensivos. En el caso que nos ocupa, en el expediente clínico se refiere que a las 6:11 horas se iniciaron la laparotomía exploradora y la transfusión de hemoderivados, es decir, más de tres horas después de que inició la hemorragia.

Por todo lo anterior, se establece que existió mala práctica médica ya que se observó, que no se proporcionó una atención médica oportuna y urgente que requería la **agraviada 4** por la hemorragia posparto que presentaba, situación que comprometía su vida. No le proporcionaron otros medicamentos para tratar la atonía uterina como misoprostol y de esta manera tratar de preservar el órgano por tratarse además de primigesta de 20 años de edad, asimismo por la evolución y gravedad de la hemorragia condicionó alteraciones de la coagulación lo cual complicaba aún más el control de la hemorragia. Asimismo, la administración de hemoderivados y la laparotomía

¹⁴Ausencia anormal de tono o tensión muscular del útero.

¹⁵Pertenece a las prostaglandinas, análogo de PGE₁ y es un protector de la mucosa gástrica y agente antiulceroso



exploradora se practicaron más de tres horas después de que la agraviada 4 presentara la hemorragia posparto.

*En lo que se refiere a establecer si existieron causas médicas por las cuales fue trasladada a otro centro hospitalario, en el expediente clínico se hace constar que la **agraviada 4** presentaba choque hipovolémico clase funcional IV, coagulopatía por consumo, trombocitopenia y síndrome anémico secundario, entidades clínicas que por su gravedad ponen en riesgo la vida y requieren manejo por terapia intensiva. En las notas médicas (ver numeral 4.1.13) se refiere que la unidad hospitalaria se encuentra en contingencia por la influenza por lo que no es posible ofrecer ese servicio a la paciente. Por lo que fue trasladada al Hospital General Ticomán.*

*Por lo anterior, se concluye que si existieron causas médicas por las que la **agraviada 4** debía ser trasladada a alguna unidad médica que contara con el servicio de Terapia Intensiva.*

CONCLUSIONES

*El producto de la **agraviada 4** presentaba sufrimiento fetal, entidad clínica que constituye una indicación médica para la interrupción del embarazo por vía abdominal.*

Se observó mala práctica médica ya que existió un retraso en el diagnóstico de la causa de la hemorragia posparto, el tratamiento medicamentoso fue insuficiente e inoportuno lo cual produjo alteraciones de la coagulación y por consiguiente complicar el control de la hemorragia. Lo que conllevó posteriormente a la pérdida del útero por parte de la paciente.


*La **agraviada 4** presentaba choque hipovolémico, coagulopatía por consumo, trombocitopenia y síndrome anémico secundario, por lo que requería ser tratada en la unidad de Terapia Intensiva. El Hospital General Enrique Cabrera no contaba en ese momento con ese servicio ya que se encontraba en contingencia por la infección por el virus de la influenza. Por lo anterior, se establece que si existían razones médicas para que la **agraviada 4** fuera trasladada a otra instancia hospitalaria.*

34. Escrito de la **agraviada 4** de fecha 21 de noviembre de 2009, en el que señala que el 11 de noviembre de 2009 acudió al Hospital Enrique Cabrera, al área de urgencias de ginecoobstetricia alrededor de las 4:00 pm., ya que llevaba mitad de labor de parto, por lo cual le indicaron que se quedaría hospitalizada y le pidieron a su esposo que pasara a Trabajo Social para la documentación y esperar el informe médico de su esposa.



La agraviada 4 hizo saber el trato que recibió al estar internada en el área de gineco obstétrica, señala que cuando ingresó la enfermera le suministró un suero con oxitocina para acelerar la labor de parto siendo entre las 4:00 y 5:00 pm. Tiempo después el doctor se acercó y le dijo que le iba a romper la fuente para que el bebé naciera más rápido; después se acercó otro doctor quien le pidió que pujara pero después de mucho tiempo y al no ver que el bebé se asomara, el doctor antes citado le indicó que se trataba de sufrimiento fetal, llamando al camillero y a todo el personal médico para trasladarla al quirófano. Una vez en ese lugar, el médico le pregunta a la enfermera sobre el pediatra y ésta le responde que está ocupado. Él le dice a ella que no le importa, pues se trata de un caso de sufrimiento fetal.

Posterior a ello le suministran la anestesia alcanzando a escuchar que le iban a suministrar anestesia general y no local, lo cual desconoce si era correcto. Una vez realizado esto se lleva a cabo la operación y al término de la misma, sin una reacción de ella, el doctor le grita: "¡ahí está tu bebé!". Sin embargo, por los efectos de la anestesia, ella logró verlo a lo lejos y de manera borrosa. Posterior a ello es trasladada a otro cuarto en donde se encuentran varias mamás con sus bebés, indicándole a ella que hasta que suba a piso se lo darían. Mientras tanto continuaba presentando los efectos de la anestesia, no obstante consiente de los hechos que iban aconteciendo.



Tiempo después, los efectos de la anestesia cesaron y ella comenzó a sentir severos dolores similares a contracciones, lo cual derivó en que se quejara con la enfermera en turno, indicándole ésta que se le iba a suministrar un medicamento. Pasado un rato, continuó presentando severos dolores, lo cual originó que se volviera a quejar con la enfermera señalada, indicándole ésta que se tenía que aguantar, pues era algo normal. Ella insistió en que era mucho el dolor que tenía y esto derivó en que dicha enfermera la revisara, observando que presentaba un sangrado más de lo normal, gritándole a un médico para que él la revisara de urgencia. Al lugar llegó el mismo médico que fue el que le rompió la fuente, el cual la revisa y comienza a oprimirle el vientre. Así mismo realiza un tacto vaginal, indicándole que tiene que aguantarse porque está en riesgo su matriz. Dichos ejercicios los realizó durante un buen rato, indicándole a la enfermera que no la habían limpiado bien; también indicándole que le cambiaran el pañal por el exceso de la pérdida de sangre. Minutos después llegó al lugar el doctor que le practicó la cesárea, el cual le dijo al que le rompió la fuente que ya no hiciera nada, porque lo que estaba haciendo era que no contrajera el útero y que perdiera más sangre. Ello derivó en que le suministraran otro medicamento, el cual con el paso de los minutos no le hizo el efecto deseado y los dolores continuaron. Al observar el doctor que no existía mejoría alguna, le indicó que buscaría a su familia para que firmaran unos papeles y la pudieran intervenir; sin embargo, después de varios minutos, el doctor regresó al lugar indicándole que sus familiares no se encontraban en el hospital. En consecuencia ella le pidió firmar el documento de autorización, dado que era insoportable el dolor.



Debido al fuerte dolor que presentaba, tomó la pluma y sin leer el documento lo firmó. Posterior a ello informó al doctor que además de los fuertes dolores presentaba un fuerte frío, que no sentía las manos y que la cabeza le daba vueltas. También ya no alcanzaba a ver bien, ocasionando que se desvaneciera. Sintió que posterior a su desvanecimiento dos personas la colocaron en una camilla y la llevaron a quirófano, lugar donde le aplicaron anestesia nuevamente con una mascarilla perdiendo totalmente el conocimiento. Finalmente, al despertar observó a muchas mujeres moviéndose con rapidez y en ese momento se entera que la trasladarían a otro hospital de urgencia, sin saber que en ese momento ya le habían quitado la matriz, situación de la que se enteró hasta que ingresó al Hospital General Ticomán.

*El esposo de la **agraviada 4** refirió que mientras su esposa ingresó a revisión, alrededor de las 4 de la tarde, una doctora le hizo saber que se quedaría hospitalizada, diciéndole que se encontraba a la mitad de labor de parto. Minutos después se le informó que su procedimiento sería un poco tardado, debido a que se trataría de una cesárea. Así pasaron varias horas sin que supiera nada de su familiar, quien se encontraba al interior del hospital. Fue hasta las 12 de la noche cuando un enfermero salió a dar informes a los familiares y él le cuestionó sobre su esposa, indicándole que iba a entrar a ver qué pasaba; no obstante, si no salía era que todavía no había nacido su hijo.*

Media hora después salió una enfermera o doctora, quien preguntó por él y le informó sobre su peso, tamaño y la hora de su nacimiento, es decir, que era un niño, que midió 49 cm y que nació alrededor de las diez; preguntó también cómo se encontraba su esposa, informándole que se encontraba bien, sin decirle que le habían practicado una cesárea. Esa servidora pública le hizo firmar una hoja donde debía poner que había recibido informes; él insistió en preguntar cómo se encontraban los dos, tanto su esposa como su hijo, respondiéndole de nueva cuenta que bien. Él preguntó si tenía qué esperar y ésta le respondió que no, que se retirara y que fuera al día siguiente a la hora de visita. En consecuencia se retiró confiando en lo que le habían dicho, sin saber todo lo que le sucedía a su esposa al interior del hospital, ya que nunca le marcaron al teléfono que dejó en el área de Trabajo Social, fue hasta el día siguiente cuando le llamaron a la casa de su abuelita, diciéndole que su esposa se había puesto grave, que tenía que ir de urgencia al hospital, ya que la iban a trasladar a otro. Al llegar al hospital, la trabajadora social le indicó que si no había visto el helicóptero que había despegado segundos antes de que él llegara, ya que en el mismo su familiar había sido trasladada a otro hospital. Al lugar llegó un doctor quien le informó que su esposa se había puesto grave, por lo cual le habían tenido que quitar la matriz, no obstante su hijo se encontraba bien.



Recomendación 15/2013

35. Mediante oficio DGDH/DEA/503/5219/2012-11 de fecha 22 de noviembre de 2012, suscrito por la agente del Ministerio Público, Titular de la Unidad Investigadora B-1 sin detenido en la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos se informa que la averiguación previa FSP/B/T1/2675/09-12, iniciada por la **agraviada 4** contra quien resulte responsable (médicos del Hospital General Enrique Cabrera) se encuentra pendiente de determinar, esperando que comparezca la doctora Gabriela Barrón Cano, a fin de poder desahogar lo solicitado por peritos en materia de medicina de esa Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
36. Oficio CG/CISS/SQDR/1705/2011 de fecha 9 de agosto de 2011, firmado por Gustavo Ávila García, entonces Contralor Interno en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el que refiere que ese Órgano de Control Interno determinó acuerdo de improcedencia de fecha 9 de agosto de 2009, en relación con el expediente administrativo CI/SSA/Q/0204/2009, iniciado con motivo de los hechos del expediente de queja.

CASO	EXPEDIENTE	DAÑO MORAL				DAÑO MATERIAL		
		Indemnización	Rehabilitación			Daño Emergente	Lucro Cesante	Proyecto de Vida
			Apoyo Psicológico	Atención Médica	Programas sociales			
A	CDHDF/III/122/VC/09/D8749	Indemnización en dinero, a manera de reparación del daño moral a cada una de las víctimas, la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos (\$300,000.00) (parámetro obtenido de la Recomendación 15/2012).	Si	Se realice valoración médica integral del estado de salud de los (agraviados) abuelos de la niña. Ya que posterior al evento la abuela presenta insuficiencia renal y el abuelo diabetes mellitus e hipertensión.	Incorporar a programas de apoyo social a los agraviados de la niña.	Gastos funerarios de la madre fallecida. (Aprox. \$5,500). Gastos derivados por la atención médica y manutención de la niña. (Sin cálculo).	Deberá calcularse como las ganancias laborales que dejó de recibir la mujer agraviada desde el día de su fallecimiento y hasta el cumplimiento de la edad que se calcula como promedio de vida para las mujeres en el país. Tomando en cuenta que vendía cosméticos con un salario semanal de \$500.00 pesos.	En virtud de que los agraviados, padres de la mujer fallecida no cuentan con una vivienda en donde puedan vivir con su nieta, se les brinda el apoyo para acceder a un programa de vivienda a través del INVI.
B	CDHDF/III/122/TLAH/09/D0169	Indemnización en dinero, a manera de reparación del daño moral a cada una de las víctimas, la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos (\$300,000.00) (parámetro obtenido de la Recomendación 15/2012).	Si		Incorporar a programas de apoyo social a los agraviados.	Gastos funerarios del producto de la gestación que fue obtenido sin vida (Aprox. \$10,000). Reembolso de los gastos realizados por la atención médica de su segundo parto en Hospital Particular así como por la compra de medicamento (Aprox. \$20,000) Reembolso de los gastos realizados para dar seguimiento al proceso penal contra de los médicos tratantes responsables (Aprox. \$40,000-).	Agraviado (comerciante) Dejó de percibir durante 2 meses que no laboró \$20,000. Agraviada (demostradora) Dejó de percibir durante 8 meses que no laboró \$25,000.	En virtud de que los agraviados no cuentan con una vivienda propia, se les brinda el apoyo para acceder a un programa de vivienda a través del INVI.
C	CDHUS/III/122/VC/09/D4787	Indemnización en dinero, a manera de reparación del daño moral a cada una de las víctimas, la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos (\$300,000.00) (parámetro obtenido de la Recomendación 15/2012).	Si	Se realice valoración médica integral del estado de salud de la madre del niño fallecido y, en su caso, se le brinde la atención médica que requiera.	Incorporar a programas de apoyo social a la agraviada.	Gastos funerarios del niño fallecido (Aprox. \$500.00). Se reembolso el gasto realizado con motivo de las consultas médicas y medicamentos erogados con motivo de su atención postparto.	Agraviada (Comisionista en agencia vehicular) Dejó de percibir durante 1 año que no laboró (Aprox. \$25,000).	En virtud de que la agraviada (quien posterior al evento se divorció y actualmente se hace cargo de la manutención de sus tres hijos restantes) no cuenta con una vivienda propia se les brinda el apoyo para acceder a un programa de vivienda a través del INVI.
D	CDHDF/III/122/AO/09/D7560	Indemnización en dinero, a manera de reparación del daño moral a cada una de las víctimas, la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos (\$300,000.00) (parámetro obtenido de la Recomendación 15/2012).	Si	Se realice valoración médica y psicológica integral del estado de salud de la madre, dado que refiere presentar diversa sintomatología derivada del retiro de su matriz. Se realice referencia médica del niño al nivel de atención correspondiente para atender su problema de lenguaje (terapias de lenguaje), dado que a la fecha no se comunicó adecuadamente	Incorporar a programas de apoyo social a los agraviados.	Se reembolse el gasto realizado con motivo de las consultas médicas y medicamentos (homeopáticos) erogados con motivo de su atención postparto. Costo \$300.00. Se reembolse el gasto realizado con motivo de las consultas y medicamentos pediátricos del niño. Costo \$500.00		