

## **RECOMENDACIÓN No. CEDH/10/2020-R**

SOBRE LA VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN CON LA MUERTE MATERNA DE V1, ASÍ COMO AL DERECHO A LA VIDA EN RELACIÓN AL DECESO NEONATAL DE V2.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; A 28 de julio de 2020.

### **DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS**

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud.

Distinguido Secretario:

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos<sup>1</sup>, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado de Chiapas; 1º; 2º, 4º, 5º, 18 fracciones I, XV y XVIII; 19, 27 fracción XXVIII, 37, fracciones I, III y V; 43, 45, 47, 50, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70 y 71 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente **CEDH/779/2016**,

---

<sup>1</sup>En adelante, Comisión Estatal y/o Organismo; a efecto de facilitar la lectura del presente documento y evitar su constante repetición.

relacionado con el caso de la vulneración a los derechos humanos en agravio de **V1, V2, V3, V4** y **V5**<sup>2</sup>.

## I. HECHOS

### ➤ Expediente CEDH/779/2016

1. El día 21 de noviembre de 2016, personal de esta Comisión Estatal radicó el expediente de queja CEDH/0779/2016 derivado de la diligencia realizada a **V3**, quien manifestó que el 18 de noviembre de 2016, él y su esposa, **V1**, ambos de origen salvadoreño, acudieron al Hospital General de Salud de la ciudad de Tapachula, Chiapas; debido a que **V1**, embarazada de treinta y tres semanas, presentó dolores y fue llevada de urgencia a dicho nosocomio. El peticionario manifestó la falta de atención oportuna, eficiente y adecuada en la que personal médico incurrió, "(...) *la tuvieron en la sala más de siete horas queriendo solo calmarle el dolor de estómago y no la pasaron a urgencias para el lugar donde nace el bebé y cuando la pasaron es porque mi esposa convulsionó y ahora está en la Unidad de Cuidados Intensivos, entubada y no responde (...)*". El estado de salud de **V1** presentó una serie de complicaciones que derivaron en la muerte materna de **V1** y neonatal de **V2**.
2. El 3 de marzo del 2017, **B**, entonces Subdirector de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud en el Estado remitió su informe y señaló "(...) **V1** ingresó al Hospital General Tapachula el 19 de noviembre de 2016, a las 00:45 horas, con dolor abdominal y con amenaza de parto pretérmino de 33.5 semanas de gestación, posteriormente a las 07:15 horas del mismo día, presenta variaciones en su presión arterial, vomita y convulsiona, encontrándose en estado de gravedad, ingresándola de

---

<sup>2</sup>Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que su nombre y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 43, párrafo quinto, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Dicha información se hace de conocimiento de la autoridad a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas (Véase en Anexo 1).

*manera urgente al área de tococirugía con diagnóstico preoperativo, informándole a su esposo de la paciente, **V3**, de las complicaciones y riesgos que presenta su esposa, encontrándose con apoyo ventilatorio con alto riesgo de Cio, hemorragia y muerte cerebral. Ulteriormente, el 23 de noviembre de 2016, con cuatro días de estancia y debido a su evolución tórpida desde su ingreso, cae en paro cardiorrespiratorio, sin respuesta foto motor, con ausencia de pulso periférico, declarando hora de muerte de la paciente a las 08:00 horas. Cabe destacar, que las causas que originaron el deceso fueron por los antecedentes brevemente detallado, y en ningún momento los médicos de urgencia ginecológicas del Hospital actuaron de manera negligente, brindando la atención médica correspondiente a **V1.**"*

3. Aunado a su respuesta, la autoridad señalada remitió los informes circunstanciados del Director del Hospital General y personal que conforme a su área de especialidad brindaron atención médica a **V1** y **V2** durante su internamiento, adjuntando el expediente clínico **A** de la paciente **V1** de 27 años de edad, con fecha de ingreso al Hospital General el 18 de noviembre de 2016, consistente de ochenta y nueve fojas útiles en copias certificadas, mismos que se observarán de manera detallada en el capítulo de Evidencias.
4. A efecto de documentar las violaciones a derechos humanos dentro del expediente CEDH/779/2016, que hoy se analiza, los visitadores adjuntos y personal especializado de este Organismo, realizaron solicitudes de informes, diligencias de campo, entrevistas, entre otras actuaciones. Atendiendo a ello, la valoración lógico-jurídica de esa información es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

## II. EVIDENCIAS

5. Constancia de trámite de fecha 21 de octubre de 2016, respecto de la solicitud del reconocimiento de la condición de refugiados del peticionario, **V1**, **V3**, **V4** y **V5**, de nacionalidad salvadoreña, con número de oficio DCH/ 6103/ 2016 emitido por la Coordinación General de la

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados ubicada en la ciudad de Tapachula de Córdoba y Ordóñez, Chiapas. A los cuales anexan:<sup>3</sup>

- 5.1 Documento único de Identidad de **V1**, originaria de la República de El Salvador con número único de identidad **D**, con domicilio en **E**.
- 5.2 Documento único de Identidad de **V3**, originaria de la República de El Salvador con número único de identidad **F**, con domicilio en **G**.
6. Receta médica con fecha de elaboración del 31 de octubre del 2016, número de folio 319509, expedida por **A11** Médico General del área de Urgencias del Hospital General de Tapachula; en la que diagnostica 31 semanas de embarazo, estado de gravidez 4 y vaginosis.<sup>4</sup>
7. Acta circunstanciada, de fecha 20 de noviembre de 2016 en la que se hace constar la diligencia practicada por personal fedatario de este Organismo, que derivado de la llamada telefónica por parte de la entonces Subdirectora de la Unidad de Justicia Restaurativa y Juicios Orales, entrevistó a **V3** quien refirió lo siguiente “(...) El día viernes 18 de noviembre de 2016 mi esposa empezó a sentirse mal con dolores y le dio diarrea, así estaba mal, y como estábamos hospedados en la posada San Agustín, en la recepción di aviso que mi esposa estaba mal, pidieron el apoyo de una patrulla y no llegó nadie, y como a las 23:00 horas en la recepción me dieron cincuenta pesos y pagué un taxi para llevarla al hospital y ahí la metieron a urgencias, no me dejaban pasar, en la madrugada me dijeron que mi esposa tenía preclampsia, con la presión muy alta, a 200, diciéndome que salvarían al bebé, al otro día sábado 19 de noviembre de 2016, un policía me dijo que mi bebé había muerto, pero para esto en la noche me pidieron sangre, me dijeron que no tenía seguro popular tenía que pagar todo para que me lo autorizaran, fui a la dirección y ahí me autorizaron la sangre, el ultrasonido y unos medicamentos, mi esposa no llevaba control prenatal pero el 31 de octubre acudimos al Hospital General para que la atendieran porque se sentía muy mal, la llevé al Hospital y me dijeron que la llevara a un centro de salud pero no fuimos porque no

<sup>3</sup> Visible en foja 4 del expediente.

<sup>4</sup> Visible en foja 6 del expediente.

*conocemos, ACNUR le dije que teníamos ese problema, pero nadie nos hizo caso, por eso digo que el Hospital si tiene responsabilidad porque a mi esposa la tardaron mucho para atenderla y mas la tuvieron en la sala más de 7 horas queriendo solo calmarle el dolor del estómago y no la pasaban a urgencias, para el lugar donde nace el bebé y cuando la pasaron es porque mi esposa convulsionó y ahora está en la Unidad de Cuidados Intensivos, entubada y no responde. Hoy domingo 20 de noviembre de 2016, eran como las 07:00 horas, me pasaron a verla para cambiarle el pañal, me di cuenta que en su parte vaginal tenía coágulos de sangre, ahí me explicaron que es crítica la situación de mi esposa porque por la convulsión que tuvo le dio un derrame cerebral, que le dio muerte cerebral (...)"<sup>5</sup>*

8. Acuerdo de calificación del expediente 779/2016 emitido el 21 de noviembre de 2016, suscrito por el Visitador Adjunto a cargo, en la que esta Comisión Estatal determinó la admisión de la queja en lo que respecta a los hechos narrados por **V3** por la responsabilidad médica cometidos en agravio de **V1 y V2**, señalando a personal médico adscrito al área de Urgencias Ginecológicas del Hospital General de la ciudad de Tapachula, Chiapas<sup>6</sup>.
9. Oficio CEDH/VRATAP/3676/2016 de fecha 21 de noviembre de 2016, a través del cual este organismo solicitó al otrora Secretario de Salud del Estado, los informes correspondientes respecto de los hechos constitutivos de la queja<sup>7</sup>.
10. Copia fotostática de la comparecencia voluntaria de **V6** con fecha del 23 de noviembre de 2016, derivada de la Carpeta de Investigación **C**, ante la Unidad Integral de Investigación y Justicia Restaurativa Inmigrantes Tapachula, en la que manifiesta: "(...) Soy originaria de la República del Salvador, e ingresé a Territorio Mexicano el día de ayer 22 de noviembre de 2016 como a las seis de la tarde por la frontera en Ciudad Hidalgo, Suchiate, Chiapas ya que mi cuñado de nombre

---

<sup>5</sup> Visible en fojas 1-03 del expediente.

<sup>6</sup> Visible en fojas 7 y 8 del expediente.

<sup>7</sup> Visible en fojas 10 y 11 del expediente.

*[V3] me avisó por teléfono el día sábado 19 de noviembre de 2016 temprano (...) y me dijo que mi hermana [V1] había convulsionado y que estaba inconsciente (...) al hospital fui hoy en la mañana 23 de noviembre de 2016 como 7:00 am fue que un médico que no sé el nombre dijo que había fallecido y que a mi cuñado ya le habían explicado eso fue como a las ocho de la mañana que pasé a ver mi hermana [V1] (...) la máquina estaba pitando normal y los latidos se veían que estaban en 90 de ahí me sacaron un enfermero me dijo que saliera un momento y entro un doctor y unos estudiantes (...) salí el médico a darme la noticia, (...) Por ese motivo presento mi formal querrela por el delito de VIOLENCIA OBSTÉTRICA cometida en agravio de mi hermana [V1] e instruida en contra de QUIEN O QUIENES RESULTES RESPONSABLES, de hechos ocurridos en esta ciudad de Tapachula, Chiapas." SIC. <sup>8</sup>*

11. Copia fotostática de la comparecencia voluntaria de **V3** con fecha del 23 de noviembre de 2016, derivada de la Carpeta de Investigación **C**, ante la Unidad Integral de Investigación y Justicia Restaurativa Inmigrantes Tapachula, quien manifestó: "Que el día de hoy 23 de noviembre de 2016 en compañía de mi cuñada **[V6]**, a las 07:00 de la mañana al Hospital General y no nos dejaron ingresar a los dos pues como no era horario de visita nos dijeron, luego de eso salí estuve hablando con mi familia y les dije que no sabía nada de ella, luego sentía una preocupación y me acerqué a hablar con los guardias que por favor me dejaran entrar, luego me dejaron entrar como cinco minutos y vi a mi cuñada **[V6]** que estaba muy mal, estaba llorando y le pregunté qué era lo que pasaba y ella solo me dijo que acababa de fallecer que la habían sacado sin darle explicaciones y entonces salí corriendo y me metí -de un solo- a la sala UCI pedí explicaciones y no me las quisieron dar, según lo que me dijeron cuando salí de ahí, de que a mi mujer **[V1]** le habían quitado los medicamentos por eso habían sacado a mi cuñada para que ella no viera (...) porque el día que yo ingresé a mi esposa **[V1]** no le dieron tratamiento, ahí la dejaron

---

<sup>8</sup>Visible en fojas 20-25 del expediente.

*hasta que el doctor a las siete de la mañana del día sábado 19 de noviembre de 2016 pasó a ver y a preguntar por la paciente, es decir mi mujer, le dijeron que no la estaban atendiendo que estaba dormida y él la tocó y empezó a convulsionar y después de eso me llamaron a mí para que firmara el permiso donde decía que tenían que operarla pero ella ya estaba con muerte cerebral, luego la pasaron a quirófano a operarla, pero ella ya estaba con muerte cerebral pero el bebé ya estaba muerto adentro de su estómago y me mintieron diciéndome de que el bebé había nacido vivo que murió y que ellos lo volvieron a revivir (...)luego no le querían poner la sangre porque mi mujer no tenía seguro popular pero yo estoy tramitando mis papeles en COMAR ya que yo soy refugiado junto con mi familia(...)todo porque no dan asistencia médica cuando es necesario y los pacientes se ponen muy mal en la sala de espera, se puede ver como hay muchas embarazadas con dolores de parto, no aguantan y no las quieren pasar(...)el día que la llevé por primera vez al hospital general el día 31 de octubre de 2016 sin recordar la hora la llevé porque se le habían hinchado los pies, y sentía dolor de parto y le venían contracciones cada dos minutos, la pasaron a consulta y solo le dijeron que eso era normal, y que no era contracciones sino una infección en la vía urinaria para lo que le dieron amoxicilina para la infección orciprenalina para los dolores y óvulos para que mi mujer se los aplicara y preguntamos si era necesario exámenes y algún ultrasonido y le dijeron que no, que solo eran pequeños dolores, que no era nada, entonces le dieron de alta como dos horas después de que la ingresé (...) SIC.º*

- 12.** Oficio número DG/SAJ/DNC/5003/855/2017 de fecha 3 de marzo de 2017, suscrito por **B**, entonces Subdirector de Asuntos Jurídicos, dependiente de esa Secretaría de Salud en el Estado, por el cual remitió oficio DG/SAJ/DNC/5003/855/2017 de fecha 03 de marzo de 2017, en el que dio cumplimiento a la solicitud de informe que este órgano requirió en fecha 21 de noviembre de 2016; Adjuntó oficio número DEP/JURID/6013/2016, de fecha 13 de diciembre de 2016,

---

ºVisible en fojas 16-19 del expediente 779/2016 de este Organismo.

suscrito por A1, entonces Director General del Hospital de Tapachula; quien anexó a su vez: Copia certificada del Expediente Clínico de **V1 y V2** consistente de 89 fojas; informes pormenorizados y lista de los médicos que brindaron atención médica a **V1 y V2**, que se detallan a continuación<sup>10</sup>:

- 12.1** Informe pormenorizado de **A1** de fecha 13 de diciembre de 2016, entonces director del Hospital General de Tapachula, en el que manifestó: “(...) en relación a los hechos que originaron la presente queja me permito informar que la paciente **[V1]** según expediente clínico **[A]** ingresó a este hospital con dolor abdominal, es traída por quien dice ser su esposo, de nombre **[V3]**; se ingresa para su vigilancia a las 00:45 horas del 19 de noviembre del año en curso con una amenaza de parto pretérmino de 33.5 semanas de gestación, en ningún momento presentó datos de alarma tal y como consta en la hoja de triage, únicamente se estaba tratando la amenaza de parto pretérmino, sin embargo a las 7:15 am del mismo día, súbitamente se le sube la presión arterial y posteriormente se le baja, teniendo variaciones en la presión arterial, vomita y en ese momento convulsiona se le informa a **[V3]** de la gravedad de la paciente, seguidamente ingresa al área de Tococirugía de manera urgente con diagnóstico preoperatorio: EMB 33.5 SDG/STOP/ECLAMPSIA, los médicos de servicio de Tococirugía mantuvieron informado al esposo de la paciente de las complicaciones y riesgos. Se realiza la cirugía hallando un RN MASCULINO DELICADO PESO 1700 GR TALLA 42CM posterior a la operación con diagnóstico postoperatorio puerperio inmediato posquirúrgico eclampsia, síndrome de Hellp. La paciente **[V1]** se encuentra con apoyo ventilatorio con alto riesgo de CIO, hemorragia, muerte, con fecha 19 de noviembre del 2016 siendo las 22:30 se le explica a esposo ampliamente el concepto de muerte cerebral y se indica transfusiones de paquete globular. Con fecha 21 de noviembre se informa a familiares y esposo de la proximidad del fallecimiento de la paciente. Con fecha 23 de noviembre del

---

<sup>10</sup>Visible en fojas 20-138 del expediente 779/2016 de este Organismo.



presente año la paciente **[V1]** de 27 años de edad con 4 días de estancia y debido a su evolución tórpida desde su ingreso a UCI cae en paro cardiorespiratorio, pupilas midriáticas, sin respuesta foto motor, con ausencia de pulsos periféricos, por telemetría trazo isoeléctrico, se declara hora de la muerte 8 hrs del día 23-11-16, con los siguientes diagnósticos: 1. Muerte cerebral (4 días) 2. Hemorragia cerebral (4 días) 3. Eclampsia (4 días) 4. Puerperio quirúrgico (4 días), se le da informes al familiar del deceso de su esposa, cabe hacer mención que la paciente a su ingreso fue atendida y que las causas que originaron su deceso fue por los antecedentes ya mencionados en ningún momento los médicos de urgencias ginecológicas de este hospital fueron negligentes en la atención médica prestada, y en relación a la nota de la doctora **[A11]** me permito informar que se encuentra de incapacidad por gravidez tal y como consta según folio número 170/16 la cual se anexa al presente informe, cabe hacer mención que se le habló por teléfono para su localización para que informara en relación a los hechos sin embargo no fue posible hacer contacto con dicha compañera(...).<sup>11</sup>

- 12.2** Informe pormenorizado de **A2**, médico general adscrita al servicio de Urgencias con fecha 13 de diciembre de 2016, en el que declaró: “La suscrita me desempeño como médico con adscripción al servicio de urgencias del Hospital General Tapachula, Chiapas, con horario de trabajo 20:00 hrs a 06:30 hrs los días lunes, miércoles y viernes, por lo que la paciente **[V1]** ingresa al Hospital General Tapachula en el área de URGENCIAS GINECOLÓGICAS el día sábado 19 de noviembre a las 00:45 hrs con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (por lo que no fui yo quien la valora de primera instancia), enfermero en turno nos notifica que la paciente presenta alergia a algún medicamento ya aplicado e indicado por el médico quien ingreso a dicha paciente, al encontrarme desocupada acudo a su valoración a las 03:00 horas donde puedo observar rash en extremidades, por lo que indico hidrocortisona 300mgrs intravenoso como dosis única, así

---

<sup>11</sup>Visible en fojas 31-34 del expediente.

como orciprenalina ocho ampulas aforadas en 250 ml de solución glucosada para pasar a 8 gotas por minuto, ya que la paciente me refirió aún algia de tipo obstétrica, se llamó al esposo de la paciente para solicitar la ORCIPRENALINA ya que no contamos con dicho medicamento en el hospital, y al momento de solicitársela me comenta a mí personalmente que es alérgica a la ORCIPRENALINA ya que previamente ya se la habían aplicado y había presentado alergia, por lo que a las 03:10 hrs realizo nota en la hoja de indicación de suspender la ORCIPRENALINA POR QUE LE CAUSA ALERGIA A LA PACIENTE, siento esta como mi única valoración e intervención hacia la paciente **[VI]**<sup>12</sup>.

- 12.3** Informe pormenorizado de **A3**, médico general adscrita al servicio de Urgencias con fecha 12 de diciembre de 2016, en el que comunicó lo siguiente " el día 18 de noviembre del año 2016 laboré en el turno de la noche, en el área de urgencias Ginecológicas de dicho hospital general de esta Ciudad de Tapachula, Chiapas, y cuando serían las 00:45 horas, atendí a la paciente de nombre **[VI]** (...)por DOLOR OBSTÉTRICO, que le había iniciado como tres horas antes aproximadamente, por lo que al preguntarle si tenía sangrado transvaginal, esta me manifestó que NO, y al checarla, le percibí movimientos fetales, a lo que al valorarla la noté QUEJUMBROSA, CON PRESIÓN ARTERIAL DE 100/60, ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO GESTANTE, CON PRODUCTO ÚNICO VIVO Y CON FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 150 POR MINUTO, CON UNA CONTRACCIÓN UTERINA, AL TACTO, CERVIX CON UN CENTÍMETRO DE DILATACIÓN, CUELLO GRUESO, VASALVA Y TARNIER NEGATIVO, MIEMBROS INTERIORES SIN EDEMA; A lo que al notar y observar en dicha paciente, que habían contracciones y su producto era inmaduro, procedo a dejarla hospitalizada para su vigilancia e inhibir el trabajo de parto, por lo que indique tratamiento de; INDOMETACINA SUPOSITORIOS DE 100 MG, UNO CADA 12 HORAS, KETOROLACO 30 MILIGRAMOS; RANITIDINA 50 MILIGRAMOS; DEXAMETAZONA 6

<sup>12</sup>Visible en fojas 46-47 del expediente.

MILIGRAMOS INTRAMUSCULARA CADA 12 HORAS. Manifestando que el resto de la noche, la paciente **[VI]** se mantuvo estable y como a las 07:15 horas del día 19 de noviembre del presente año, fui informada por personal de enfermería de dicha área hospitalaria en mención, que la paciente presentó vómito en una ocasión, y posteriormente crisis convulsiva, por lo que de inmediato acudo a su revisión y chequeo, encontrando una presión arterial de 70/59 mmHG, se le tomó destroxis de 90, volviendo a presentar crisis convulsivas, se le aplicó DIAZEPAN 5 MILIGRAMOS, dosis única se monitorizan sus signos vitales nuevamente, encontrando una saturación del 96% TA 200/90, por lo que se aplica HIDRAZALINA 5 MILIGRAMOS, SULFATO DE MAGNESIO, se aplicó sonda Foley, se canaliza a doble vía, se ausculta frecuencia cardiaca fetal de 130 por minuto y se pasa a tococirugía por gravedad de la paciente, informándole del estado de la paciente a su familiar(...)"SIC.<sup>13</sup>

- 12.4** Informe pormenorizado de **A4**, médico ginecóloga adscrita al servicio de Urgencias con fecha 11 de diciembre de 2016, en el que indica: "19-11-2016, 07:55 horas. Embarazada, 27 años, impresión diagnosticada, embarazo de 33.5 semanas de gestación/sin trabajo de parto/eclampsia. Ingresa paciente inconsciente no responde a estímulos verbales ni dolorosos, pupilas midiriáticas, Glasgow 7. Tensión arterial 200/13mmHg, Frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal de 125 latidos por minuto, no se palpa actividad uterina al tacto cervical; Cérvix posterior grueso múltipara. Sin pérdidas transvaginales. Sonda Foley funcional, hematuria franca. 20 ml. Zona equimotica en cara anterior de muslo izquierdo. Paciente que ingresó a urgencias a 01:00 hrs con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Laboratorios de ingreso. Hemoglobina 12.6 leucocitos 16.6 Tiempo de protrombina. 11.2 tiempo parcial de tromboplastina 26.3. Comentan en nota previa que presentó Crisis

<sup>13</sup>Visible en fojas 44-45 del expediente.

convulsiva posterior a vómito, manejada con Diazepam 5mg. Se inicia manejo con sulfato de magnesio (4grs) en este momento se instala dosis de mantenimiento se pasa bolo de 10 mg de Hidrazalina. Clínicamente pacientes con dato de evento vascular cerebral Hemorrágico. Paciente grave pasa de manera urgente a quirófano para interrupción del embarazo. Se comenta a familiar riesgo quirúrgico de hemorragia, histerectomía, coagulación intravascular diseminada, muerte. Pronóstico malo para el Binomio. Postoperada de cesárea Kerr, obstrucción. **Nota postoperatoria** de fecha 19 de noviembre de 2016, a las 09:05 horas. Diagnóstico postoperatorio: puerperio inmediato postquirúrgico, Eclampsia, Síndrome Hellp. Cirugía proyectada y realizada. Cesárea Kerr + Obstrucción tubárica bilateral. (...) Hallazgos: Recién nacido masculino peso 1700gr. Talla 42cm. 32 semanas de gestación por CAPURRO, hora de nacimiento: 8:15 hrs, APGAR 1':4, 5':5, 10':6, Líquido libre en cavidad 100 mli aprox. De aspecto ser hemático, cavidad uterina eutérmica, líquido amniótico claro, epiplón cianótico. Hígado macroscópicamente sin alteraciones. Laboratoriales: HB. 10.6 Plaquetas 155, Creatinina 1, BT 6.16 TGO 1973 TGP:661 DHL 1075. Termina paciente con tensión arterial 122/99mmHg, intubada, bajo efectos residuales de anestésicos. Amerita coma en unidad de cuidados intensivos o sala de choque, nos informa subdirector médico que no se cuenta con espacio ni con médico internista. Permanecerá paciente en quirófano con apoyo ventilatorio, alto riesgo de coagulación intravascular diseminada. Hemorragia, Muerte. Paciente grave pendiente transfundir 2 plasmas frescos congelados. Se le da informe a familiar. **12:40 horas:** Paciente aún en quirófano, no hay espacios en unidad de cuidados intensivos o sala de choque. Se indica transfundir plasma (aún no está disponible) Paciente grave. Pendiente valoración por medicina interna. T/A 100/70, FC 78, Sertz Oz 98%. **15:40 horas:** Pasa paciente a unidad de cuidados intensivos; tensión arterial 124/27 mmHg, Frecuencia cardiaca: 69 latidos por minuto, saturación

*parcial de oxígeno: 99% por telemetría. Herida quirúrgica sin sangrado activo, loquios escasos, útero contraído. Paciente grave".SIC<sup>14</sup>*

- 12.5** Informe pormenorizado de **A5**, médico especialista anesthesiologa con fecha 10 de diciembre de 2016, quien expresa "Con fecha 19 de noviembre 2016, siendo aproximadamente las 07:40 horas, recibí llamada telefónica de Subdirector Médico y me informa que hay paciente muy grave en quirófano esperando ser intervenida de cesárea, por lo que a mi llegada al Hospital, me dirijo directamente a quirófano, siendo aproximadamente las 08:00 horas, encuentro paciente femenina de 27 años de edad, en paro cardiorespiratorio con pupilas midriáticas, inicio maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada (Intube con hoja MC 3 y tubo endotraqueal 7.0) paciente responde y sale de paro cardiorespiratorio en el primer ciclo. Con frecuencia cardiaca 120 por minuto SaO2 99% y TA 120/70 por lo que se procede a administrar 100mcgr de fentanilo y como mantenimiento de la anestesia sevoflurane 1 vol por ciento y O2 3/L inicia cesárea. Paciente que evoluciona con los siguientes diagnósticos: 1.- Embarazo de 33.5 semanas de gestación, 2.- Eclampsia, 3.- Probable Evento Vascular Cerebral hemorrágica. Siendo las 08:13, bajo los efectos de anestesia general balanceada se le efectúa cesárea tipo Kerr. (...)Termina cirugía y paciente con signos vitales de 120/73, FC110pm. SsaO2 97% paciente muy grave (se lo explico a esposo) se solicita cama en unidad de cuidados intensivos nos informan no hay cama disponible y tampoco hay médico internista en el turno por lo que permanece en quirófano (...)“SIC.<sup>15</sup>

- 12.6** Informe pormenorizado de **A6**, médico ginecobstetra con fecha 09 de diciembre de 2016, en el que manifiesta "(...) dicha paciente fue vista por un servidor por primera vez el día 22 de noviembre del 2016 a las 08.00 hrs, en la Unidad de Cuidados Intensivos de esta unidad, con

<sup>14</sup>Visible en fojas 42-43 del expediente.

<sup>15</sup>Visible en fojas 40-41 del expediente.

diagnóstico de post-cesárea, por eclampsia, post-paro cardiorespiratorio, síndrome de Hellp, muerte cerebral mas OTB, encontrando la paciente con hipotensión, taquicardia, y con medidas de soporte cardiorespiratorio, con útero bien contraído, loquios normales y herida quirúrgica limpia, con orina clara por sonda Foley, reportando además en laboratorios anemia, hipoalbuminemia, elevación de azoados y de enzimas hepáticas, dando un pronóstico malo a corto plazo. Posteriormente la vuelvo a revisar el día 23 de noviembre del 2016 a las 7:55 hrs, con los mismos diagnósticos, bajo ventilación mecánica asistida, con palidez extrema e tegumentos, y presentando en esos momentos tendencia a la asistólica con descenso de TA, lo cual condujo a la muerte de la paciente 5 minutos después” SIC.<sup>16</sup>

- 12.7** Informe pormenorizado de **A7**, neurólogo, con fecha 08 de diciembre de 2016, en el que expone “(...) la exploración neurológica demostró la presencia de MIDRIASIS BILATERAL sin respuesta a la luz así como la ausencia de reflejos oculocefálicos, ausencia de reflejo nauseoso y tusígeno. Nula respuesta motora(...) Se establece la sospecha de muerte cerebral, se da soporte vital y revalora posteriormente. La segunda valoración ocurre al día siguiente, encontrando a la paciente en estado de coma, con prueba de apnea positiva y la ausencia de cualquier reflejo de tallo cerebral. Se documentó trombocitopenia de 18 000 mm<sup>3</sup>. El análisis de la evolución del paciente fue el siguiente: Paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo que culmina en crisis convulsivas y deterioro neurológico. La combinación de trombocitopenia e hipertensión arterial sistémica lanzan la hipótesis de hemorragia intracraneal, edema, herniación y deterioro rostrocaudal que culminaron en muerte cerebral. Se solicitó estudio tomográfico de cráneo para corroborar la hipótesis pero

---

<sup>16</sup>Visible en foja 39 del expediente.

*dado la inestabilidad de la paciente no se pudo realizar. La muerte de la paciente ocurre el 23 de noviembre” SIC.<sup>17</sup>*

**12.8** Informe pormenorizado de **A8**, médico especialista en medicina interna con fecha 13 de diciembre de 2016, manifiesta “(...) A- Paciente que encontré en mal estado, con datos clínicos de muerte cerebral, además de las complicaciones del embarazo, con diagnósticos anotados al inicio de la nota. Su estado era muy grave, con tendencia al deterioro progresivo y su pronóstico era malo para la vida. Así le expliqué a su familiar [**V3**] que me dijo que era el esposo de la paciente. B- Tenía tratamiento y ajusté las soluciones por hipoglucemias; Se vigiló durante la guardia. C- Al final del turno continuaba en igual estado clínico, con el apoyo ventilatorio y neurológicamente igual. Su estado hemodinámico con T/A 73/37, PAM 51 Diuresis en el turno 40ml. D-Su estado seguía siendo muy grave, el familiar estaba informado. El pronóstico era malo para la vida” SIC.<sup>18</sup>

**12.9** Informe pormenorizado de **A9**, nefrólogo, en el que advierte “(...)En dicha valoración comenté datos clínicos de muerte cerebral y que por el momento no se podían realizar estudios confirmatorios por inestabilidad hemodinámica del paciente. Se documentó falla orgánica múltiple (renal, respiratoria, hematológica, hepática y cerebral), se informó ampliamente a esposo de las condiciones de gravedad y pronóstico malo para la vida y función. Se concluyó enfermedad hipertensiva del embarazo consecuentemente crisis convulsivas, deterioro neurológico, hipertensión, más plaquetopenia se infirió hemorragia intracraneal, culminando en muerte cerebral, se solicitó estudios complementarios (tomografía de cráneo y electroencefalograma) sin embargo debido a la inestabilidad

---

<sup>17</sup>Visible en foja 38 del expediente.

<sup>18</sup>Visible en foja 37 del expediente.

*hemodinámica no se realizó. Fallecimiento de la paciente ocurre el 23 de diciembre del 2016 a las 8hrs” SIC.<sup>19</sup>*

**12.10** Informe pormenorizado de **A10**, médico internista, de fecha 12 de diciembre del 2016, en el que manifiesta “(...)la encontré el día 19 de noviembre del 2016 con datos clínicos de muerte cerebral sospechado por las siguientes razones clínicas ausencia de automatismo respiratorios, pupilas midriáticas, ausencia de automatismo respiratorios, pupilas midriáticas, ausencia de reflejo corneal, oculocefalicos y oculovestibulares, no encontré datos de descompensación a nivel cardíaco o pulmonar durante mi turno presentó variaciones en la tensión arterial, cursando con hipotensión e hipertensión, se bajaba dosis de aminos o se aumentaban. En mi nota explico, que necesitaba un [una]tomografía de cráneo, para buscar la causa de muerte cerebral, por ser rápida instalación, solo se documentó una crisis hipertensiva posterior a cuadro convulsivo paciente preecláptica con síndrome de HELLP, puede ser causa de hemorragia cerebral debido a la trombocitopenia, así como no se descarta otras causas como aneurismas o malformaciones arteriovenosas. Al observar la paciente con datos de muerte cerebral, le explique al esposo ampliamente, es decir que la paciente ya no había actividad cerebral, y que fallecerá en los siguientes días, sin embargo a las 2 horas, me vuelve a preguntar si la escuchaba o lo sentía, entonces me queda claro que estaba en estado de negación. La vi última vez el día martes, ya con mayor deterioro con hipotensión y bradicardia esperando solo el deceso, no había más que ofrecer”. SIC.<sup>20</sup>

**13.** Expediente clínico **A** de **V1**, de 27 años de edad, con fecha de ingreso al Hospital General Tapachula el 18 de noviembre de 2016, constante de 89 fojas útiles en copias certificadas, integrada por

---

<sup>19</sup>Visible en foja 36 del expediente.

<sup>20</sup>Visible en foja 35 del expediente.



notas médicas, hojas de evolución y registros clínicos de los servicios de urgencias, tococirugía, medicina interna y unidad de cuidados intensivos, dentro de los que destacan los siguientes:

- 13.1** Hoja de TRIAGE OBSTÉTRICO de fecha 19 de noviembre de 2016 a las 24:30 horas, observando signos vitales, tensión arterial en 100/60, pulso de 76', frecuencia respiratoria en 20' y temperatura de 36°. Indicando Triage en verde-bajo riesgo, estado de conciencia normal, signos de vasoespamo ausentes, hemorragia transvaginal negada, salida de líquido amniótico negada y movimientos fetales presentes.
- 13.2** Hoja de evolución del servicio de Urgencias Ginecobstétricas, signado por la médico **A3**, de fecha 19 de noviembre de 2016 a las 24:45 horas, en la que presenta antecedentes ginecoobstétricos, e identifica Diagnóstico: Multigesta con embarazo de 33.5 SDG por USG Transpolado/APP (Amenaza de Parto Prematuro). Revaloración a las 07:15 horas en la que personal de enfermería informa que la paciente presentó vómito una ocasión y posteriormente crisis convulsivas. Se observó a la paciente con TA 70/50, distroxis de 90, se encontró en periodo post ictal, y presenta nuevamente crisis convulsivas por lo que se aplica diazepam, y se identifica Diagnóstico: G IV PIII con embarazo de 33.5 SDG x USG + ECLAMPسيا.<sup>21</sup>
- 13.3** Partograma de **V1** con fecha de admisión del 19 de noviembre de 2016 a las 24: 45, indicando como único dato frecuencia cardiaca de 150 y 1cm de dilatación.<sup>22</sup>
- 13.4** Hoja de enfermería para alojamiento conjunto del 19 de noviembre de 2016 del turno nocturno.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup>Visible en foja 56 del expediente.

<sup>22</sup>Visible en foja 124 del expediente.

**13.5** Consentimiento informado para que la médico **A4** realizara cirugía Cesárea Kerr signado por **V3**, sin mencionar fecha ni hora.

**13.6** Estudio socioeconómico de **V3** del servicio de tocirugía, con fecha de ingreso del 18 de noviembre de 2016.

**13.7** Nota de ingreso del servicio de tococirugía de fecha 19 de noviembre de 2016 a las 07:55 horas, en el que se observa *"Ingresa paciente inconsciente no responde a estímulos verbales ni dolorosos, pupilas midriáticas, Glasgow 7, TA 200/130, FC 78, FR 16. (...) Paciente con datos de cvc hemorrágico. Paciente grave pasa de manera urgente a quirófano para interrupción del embarazo, se comenta a familiar riesgo quirúrgico de hemorragia, histerectomía, CIO, muerte. Pronóstico malo para el binomio"*.

**14.** Informe pormenorizado de **A11**, médico general, de fecha 13 de marzo de 2017 en el que manifestó lo siguiente: *"1. Tengo asignada la jornada vespertina en el área de URGENCIAS GINECOLÓGICAS, de 14:00 a 21:30 hrs. De lunes a viernes. 2. El procedimiento que tiene establecido el Hospital y AL CUAL ESTOY SUJETA consiste en iniciar, al ingreso de la paciente, su atención con una valoración de TRIAGE, previa a ser canalizada con el médico. El TRIAGE es realizado por el personal de enfermería, que considero NO ESTÁ CAPACITADO ni entrenado adecuadamente para el desempeño de esta tarea. A consideración y criterio de la enfermera que atiende como primer respondiente, pasa a las pacientes designadas por categorías según su urgencia. El lunes 31 de octubre de 2016, aproximadamente a las 16:00 horas el personal de enfermería me pasó la hoja de TRIAGE con*

---

<sup>23</sup>Visible en fojas 85 y 86 del expediente.

datos de la paciente **[M1]** en CÓDIGO VERDE y sin ningún otro registro debido a que esta persona NO TENÍA SEGURO POPULAR. Según las notas, la paciente demandaba atención por sintomatología irritativa de vías urinarias por un proceso infecciosos que la paciente REFERÍA que era RECURRENTE. En primera y previa entrevista la paciente me informó que cursaba con embarazo de aproximadamente 6 meses, que era de origen centroamericano y que nunca la habían valorado ni le habían dado seguimiento a su embarazo debido a su tránsito irregular por varios países entre ellos El Salvador y Guatemala. Inicé interrogatorio habitual con apego a la Guía de Referencia Rápida de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en 2º. Nivel de Atención. ISBN: 978-607-7790-81-5 mediante el cual encontré varios enfoques de riesgo: multigesta con problemas de alimentación en calidad y cantidad, la edad así como estrés permanente por condición social y cultural; falta de vigilancia estrecha y permanente de la evolución del embarazo; hacinamiento y recurrencia de procesos infecciosos que la paciente refirió que ha venido presentando. Procedí a corroborar sus signos vitales para verificar si se sustentaba el código verde con que fue registrada en TRIAGE, y las lecturas FUERON CORRECTAS. Al momento del examen los parámetros vitales fueron normales: cifras tensionales, frecuencia cardiaca frecuencia respiratoria, temperatura). 4. Procedí a hacerle personalmente un test breve sobre su historial, iniciando con antecedentes heredofamiliares, condiciones y habitualidades en el último año, así como motivos y cambios de residencia. (...) A la exploración física: en compañía de personal de enfermería realicé exploración física, encontrando: Buena coloración de tegumentos, buena hidratación en mucosas, pupilas sicorias normorefléxicas, con funciones mentales superiores presentes y normales. Orofaringe bien, no hipertrofias ni hiperemia, en cuello no presencia de plétora yugular, ni adenopatías cervicales. Los ruidos cardíacos fueron rítmicos, a razón de 88 lpm. (...) Una vez realizada esta COMPLETA VALORACIÓN DIRECTA, con los datos obtenidos se dio el siguiente diagnóstico MULTIGESTA CON EMBARAZO DE 31 SDG POR CLINICA,

*CON ITU + VAGINOSIS. Ante el riesgo de poder evolucionar a una actividad uterina QUE NO PRESENTABA EN ESE MOMENTO, ofrecí un agonista beta adrenérgico vía oral con indicaciones precisas de que si aumentaba el dolor podría tomarle, y si continuaba a pesar del medicamento, debería regresar al servicio de urgencias ginecológicas para nuevamente ser valorada. (...) Le expliqué amplia y detalladamente que dado su caso personal para las visitas y control de su embarazo debería considerar alguna ayuda social u oficial a migrantes, y también le informé que en este hospital el servicio de urgencias ginecológicas no es considerado un área de vigilancia de atención prenatal, ya que esta clase de atención se lleva a cabo en centros de salud. Le sugerí que debería realizarse estudios de laboratorio. Y que los de gabinete como el ultrasonido que ella estaba solicitando no está considerados como de rutina en el servicio, ya que de ser necesario se proporciona sólo a pacientes que sean hospitalizadas. Le entregué receta médica de los medicamentos referidos y que en ese momento había en existencia en la farmacia del hospital. Le hice sugerencia e invitación para que de acuerdo a su evolución podría regresar en cualquier momento. Especialmente le sugerí la continuidad de su atención y revaloraciones permanentes en centros de salud o puestos de enfermería que el programa migrante pueda ofrecerle (...)" SIC. <sup>24</sup>*

- 15.** Oficio de opinión médica de fecha 09 de noviembre de 2017 suscrito por personal de esta Comisión, de la Dirección de Atención a Víctimas de violaciones a Derechos Humanos, mediante el cual emite una opinión específicamente sobre el “motivo por el cual se dio el fallecimiento de la señora después de haber dado a luz a su bebé”, en el cual concluye lo siguiente: “Dicha causa con unas complicaciones que el síndrome del hellp desarrollo, durante la gestación; dada las condiciones posteriores que se presentarán en la paciente Tuvo una

---

<sup>24</sup>Visible en foja 162-165 del expediente.

evolución hemodinámica favorable pero no neurológica, lo cual llevo a presentarse la muerte cerebral. Es importante mencionar que la paciente no acudió a control prenatal para un diagnóstico temprano de la patología, es decir no tuvo revisiones continuas como medio preventivo; por lo que ingresa al Hospital por presentar Amenaza de parto pretérmino de embarazo de 33.5 semanas de gestación, quienes hospitalizada para vigilancia Y es ahí en donde de forma súbita empieza con variaciones en la presión arterial, vómitos y convulsiones; por lo que de forma posterior es ingresada a el área de tococirugía para resolución de embarazo. Sin embargo la paciente desarrolló un síndrome de Hellp, que es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado como una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto. El síndrome de Hellp puede ser difícil de diagnosticar. La ruptura hepática o un derrame cerebral (edema cerebral o hemorragia cerebral) son las situaciones más comunes que presentan las embarazadas cuando se encuentran en estado crítico o mueren, cómo le fue en el caso de la paciente. La tasa de mortalidad global del síndrome de HELLP está alrededor del 25%. Es por eso que es crítico que las mujeres embarazadas estén conscientes de esta condición y sus síntomas para que puedan recibir un diagnóstico y tratamiento tempranos. b) en relación a la atención brindada no existe responsabilidad médica, dilación, omisión o mala práctica en la atención prestada a la agraviada, basándose en la escrito en la Norma Oficial Mexicana NOM- 007- SSA2-2016, a para la Atención Médica durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida; ya que se le otorgó la atención médica de acuerdo a los protocolos establecidos en esta Norma. En relación a las constancias que integran el expediente clínico de la agraviada, con lo especificado en la Norma Oficial Mexicana NOM- 004- SSA3-2012, del Expediente Clínico". SIC.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup>Visible en fojas 168-172 del expediente.

**16.** Dictamen médico emitido por Rubén Mercado Rosas, perito médico legista adscrito a la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, designado para intervenir en el expediente citado, con fecha del 15 de noviembre de 2017, en el cual realiza el siguiente análisis: *"Una vez que se revisaron minuciosamente cada una de las constancias médicas enviadas por las autoridades del Hospital General de Tapachula, Chiapas, en relación a la atención médica que se brindó a la agraviada quien en vida respondiera al nombre de [V1] por el servicio de Ginecobstetricia, desde el punto de vista médico, se puede establecer que fue inadecuada, ya que en el transcurso de su estancia hospitalaria se pudo advertir una serie de omisiones y desatenciones por parte de la doctora [A3], médico general servicio de urgencias de Ginecobstetricia. La inadecuada atención médica primeramente es en relación al ingreso de la agraviada al servicio de urgencias de ginecobstetricia que fuera a las 00:45 horas del día 19 de noviembre del año 2016, en donde el motivo de la consulta fuera porque estaba cursando con un embarazo de 33 semanas de gestación y por presentar dolor abdominal "tipo obstétrico" de 3 horas de evolución, con el antecedente de importancia de ser multigesta, es decir cursaba con su cuarto embarazo con tres partos previos, por lo que al momento de ser valorada en dicho servicio por la doctora [A3], que a esa hora la reportará con una tensión arterial de 100/60 mmHg, la cual estaba dentro de rangos normales hasta ese momento, además de reportar que presentaba una contracción uterina de forma esporádica y que tras haber realizado la exploración transvaginal reportará que la agraviada presentaba un cérvix con un centímetro de dilatación con cuello grueso, es decir no presentaba borramiento el cuello cervical, y que por este hecho diera la indicación de que se ingresara con el diagnóstico de embarazo de 33.5 semanas de gestación con Amenaza de Parto Prematuro, por lo que en base a lo reportado por la doctora relativo al diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, se puede establecer que dicho diagnóstico proporcionado por la doctora fue inadecuado, ya que con los datos clínicos que reportó eso nota médica en base a la Guía de Práctica Clínica*

“Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino”, ya que dicha guía considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino de uno o más de los síntomas y signos tales como Contracciones uterinas cínicamente documentadas (1/10 min, 4/20 min ó 6/60 min o más), con una Dilatación cervical igual o más de 2 cm y con borramiento cervical igual o mayor de 80% , cuadro clínico que no presentaba al momento de su ingreso a urgencias, ya que como la misma doctora reportó a la agraviada, sólo había tenido una contracción uterina de forma esporádica, contaba únicamente con un centímetro de dilatación sin borramiento del cuello uterino, por lo que se puede establecer que el diagnóstico de ingreso fue incorrecto por lo que necesariamente tendría que haber realizado un diagnóstico diferencial con respecto al cuadro clínico con el que ingreso al servicio de urgencias la agraviada. Posteriormente, la misma doctora **[A3]** continúa con omisiones, ya que si bien es cierto, que inició a las 00:45 horas el llenado del Partograma que por definición se entiende como la representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto (que en este caso era evolución de trabajo de parto pretérmino), documento donde se deben incluir registros de los centímetros de la dilatación cervical, la frecuencia cardíaca fetal y que para el caso que nos ocupa también se debe registrar los signos vitales de la madre, ya que una adecuada vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar un daño Irreversible o fatal para la madre y/o el recién nacido, por lo que en relación al registro en el partograma de la evolución de los cambios cervicales y principalmente del registro de la tensión arterial de la madre, la doctora omitió realizar una valoración completa del binomio ya que únicamente a las 00:45 horas registró una frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto y un centímetro de dilatación cervical, sin haber realizado posteriormente algún otro registro, por lo que con este hecho de haber omitido continuar una adecuada monitorización del binomio materno fetal incurrió en negligencia por omisión de cuidado, ya que necesariamente tendría que haber registrado cada 30 a 60 minutos las

contracciones uterinas y cada 30 a 40 minutos la frecuencia cardíaca fetal y en este caso en particular haber realizado una monitorización de la tensión arterial de la agraviada cada dos horas, tal y como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, la cual recomienda en su numeral 5.5.10 que a la letra dice: Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. Además de haber omitido lo recomendado en el numeral 5.5.12 de la misma guía y que a la letra dice: El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, dando inadecuadamente la doctora la indicación de que se le tomara la agraviada los signos vitales por turno, y no cada dos horas tal y como lo establece la guía de práctica clínica anteriormente descrita, por lo que la doctora al no haber llevado a cabo una monitorización adecuada a la evolución clínica del binomio materno fetal, no detectó oportunamente alteraciones de la tensión arterial de la agraviada, tal y como quedó demostrado en la hoja de enfermería en donde una de las dos enfermeras que cubrieron el turno nocturno (enfermera **[A12]** y/o la enfermera **[A13]**) no siendo posible identificar cuál de las dos reportó que la paciente agraviada a las 05:00 horas había presentado un vómito para lo cual únicamente la doctora **[A3]** se limitó a dar la indicación de que se le administrara Difenidol o Metoclopramida en dosis única, además de que existe la evidencia en la misma hoja de enfermería, que al igual una de las dos enfermeras generales (enfermera **[A12]** y/o la enfermera **[A13]**) dio aviso al médico de guardia (que en este caso era la doctora **[A3]**), que la paciente había presentado la dificultad respiratoria con una tensión arterial de 180/100 mmHg, Tensión arterial que la doctora omitió registrar en el partograma y en su nota realizada a las 07: 15 horas en la que únicamente reportó una tensión arterial de 70/ 50 mmH. Esta última tensión arterial tampoco



se encuentra registrada en el partograma, ni en la hoja de enfermería, lo cual sugiere duda de que efectivamente la agraviada a las 07:15 reportara una tensión arterial baja, siendo que previamente a esta segunda y última valoración de la doctora **[A3]**, el personal de enfermería ya tenía registro de una hipertensión, caracterizada con una tensión arterial de 180/100 mmHg, y que a las 07:55 horas ya estando la agraviada en el servicio de tococirugía fuera reportada con una tensión arterial de 200/130 mmHg, por lo que no es congruente, ni concordante que la agraviada a las 07:15 presentara una tensión arterial de 70/50 mmHg, cómo lo reportó la doctora **[A3]**. Por lo anteriormente descrito tomando en consideración el cuadro clínico que presentaba la agraviada durante su Estancia en el servicio de urgencias, estando bajo supervisión de la doctora **[A3]**, cuadro que se caracteriza por la presencia de vómito, hipertensión arterial, así como por los resultados de laboratorio que desde las 03:27 horas del mismo día 19 de noviembre ya reportaban una trombocitopenia, es decir un conteo de plaquetas menor de 150,000, ya que lo reportado por laboratorio fue de plaquetas de 111,000, siendo importante hacer mención que la bibliografía especializada y consultada para el caso que nos ocupa determina que niveles muy bajos de plaquetas, conocido como trombocitopenia, conlleva riesgos graves de presentarse hemorragias en cualquier órgano, por lo que se puede establecer que el conjunto de síntomas y signos que presentaba la agraviada desde las 05:00 horas del 19 de noviembre, ya eran compatibles con el diagnóstico de Preeclampsia por lo que se requería urgentemente iniciar protocolo de estudio para la corroboración de dicho diagnóstico o de la presencia de alguna otra patología y/o complicación Hipertensiva del embarazo, siendo necesario que desde las 05:00 horas la doctora **[A3]** enviar a urgentemente a la agraviada al servicio de tococirugía, y no hasta las 07:15 horas cuando el estado de salud de la agraviada ya se había complicado con una Eclampsia, ya que a esa hora se agregó al cuadro clínico la presencia de crisis convulsivas, lo cual hace la diferencia entre la Preeclampsia de una Eclampsia. Por lo que desde el punto de vista médico legal, se puede

establecer que la doctora **[A3]** incurrió en negligencia e impericia, de que primeramente omitió haber realizado una adecuada monitorización de la evolución clínica del Binomio materno fetal con su respectivo registro en el partograma, y por no haber valorado en su conjunto los signos y síntomas que presentaba la agraviada desde la 05:00 horas del 19 de noviembre de 2016, además de no haber revisado los resultados de laboratorio que ya reportaban una Trombocitopenia, y por no haber canalizado oportunamente a la agraviada al servicio de tococirugía, en donde si contaban con personal calificado y especialista en la materia de ginecobstetricia, para que dicho servicio fuera el encargado de detectar oportunamente un diagnóstico diferencial entre una Preclampsia y una Eclampsia para que tuviera la oportunidad la agraviada de habérselo ofrecido un tratamiento oportuno por medio de la interrupción del embarazo a base de una cesárea de urgencia. La negligencia e impericia en la que ocurrió a la doctora **[A3]**, trajo como consecuencia que el estado de salud de la agraviada se deteriorará y se complicará por haber retrasado un diagnóstico temprano, retrasando con ello su envío oportuno al servicio de tococirugía, ya que cuando la revisó por última ocasión a las 07:15 horas, en ese momento ya la agraviada presentaba crisis convulsivas, lo cual indicaba hasta ese momento la presencia de un estado grave hipertensivo denominado Eclampsia, siendo hasta ese momento que decidiera la doctora **[A3]** enviarla al servicio de tococirugía en donde a su ingreso en este servicio registrado a las 07:55 horas, fuera reportada por la ginecóloga de nombre **[A4]** ya con un estado de salud grave, inconsciente, sin respuesta a estímulos verbales y dolorosos pupilas midriáticas con pleno deterioro del Estado neurológico y con una urgencia hipertensiva caracterizada por una tensión arterial de 200/130 mmHg, por lo que de manera urgente la doctora **[A4]** dio la indicación que se le realizara una cesárea de urgencia por el diagnóstico de Eclampsia, y debido a lo avanzado de su patología y estando ya la agraviada en quirófano a las 08:10 horas cayera en paro cardiorespiratorio por lo que el servicio de anestesiología le brindó reanimación cardiopulmonar avanzada con

intubación orotraqueal y ventilación mecánica y una vez que la estabilizaron hemodinámicamente dieron inicio a la cesárea a las 08:13 horas del mismo 19 de noviembre, obteniéndose un producto vivo del sexo masculino el cual naciera con datos de hipoxia cerebral, esto en base a la clasificación de Apgar que le fuera proporcionado Al momento de nacer a los cinco y diez minutos posteriores al mismo, por lo que a pesar de haberse intervenido de una cesárea de urgencia, la agraviada ya también presentaba como complicación de la Preeclampsia, un padecimiento grave denominado Síndrome de HELLP el cual se considera por la literatura especializada y consultada para el caso que nos ocupa, como una variante atípica de la Preeclampsia severa y que está asociado con una elevada mortalidad materna, síndrome caracterizado por anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y disminución de recuento plaquetario denominado Trombocitopenia, siendo este último trastorno de las plaquetas que trajo como consecuencia que la agraviada sufriera de una hemorragia cerebral y posteriormente muerte cerebral y finalmente su fallecimiento, serie de acontecimientos que detalló el doctor **[A7]** especialista en neurología en su nota del día 20 de noviembre en la que reportó que el antecedente de haber presentado la agraviada enfermedad hipertensiva del embarazo el cual fulminó en crisis convulsivas y posterior a muerte cerebral, en donde la combinación de trombocitopenia e hipertensión prevén aparición de hemorragia intracraneal, la cual trajera como consecuencia un daño irreversible con muerte cerebral, continuando los días posteriores el deterioro del estado de salud de la agraviada y que a pesar del tratamiento a base de medicamentos para proteger y fortalecer el corazón denominados aminos, el día 23 de noviembre de 2016 cayera en paro cardiorespiratorio y se declarara su fallecimiento a las 08:00 horas, con el diagnóstico de Muerte cerebral, secundario a hemorragia cerebral debido a Eclampsia. Por lo que se llega a las siguientes: **CONCLUSIONES: PRIMERA.** La atención médica que se le brindó a la agraviada quien en vida respondiera al nombre de **[VI]** en el servicio de Urgencias de Ginecobstetricia del Hospital General de Tapachula,

Chiapas, fue inadecuada. SEGUNDA. La inadecuada atención médica consistió en que la doctora **[A3]** sin especialidad y adscrita al servicio de urgencias de ginecología-obstetricia, incurrió en negligencia e impericia por omisión de Cuidado hacia su paciente, debido a que no llevó a cabo una adecuada monitorización de la evolución del trabajo de parto prematuro del Binomio materno-fetal, que trajo como consecuencia un retraso para integrar un diagnóstico temprano de Preeclampsia y posteriormente de Eclampsia, lo que retrasó un tratamiento oportuno con la interrupción del embarazo por medio de una Cesárea de Urgencia. TERCERA. La negligencia e impericia en la que incurrió la doctora **[A3]**, trajo como consecuencia un deterioro del estado de salud de la agraviada, lo que ocasionó que presentara hemorragia cerebral, posteriormente muerte cerebral y su fallecimiento, por lo que, desde el punto de vista médico-legal se puede establecer que si existe causa-efecto entre su negligencia e impericia con el fallecimiento de la agraviada."SIC.<sup>26</sup>

17. Opinión técnica médica emitida por el titular de la Comisión Estatal de conciliación y arbitraje médico del estado de Chiapas de fecha del 13 de febrero del 2018, en el que señala: "En base a la información proporcionada por usted y con apoyo de asesores externos en la Especialidad de Ginecología-obstetricia, se pudo concretar después de un análisis exhaustivo del expediente clínico, literatura y estadística que la paciente fue portadora de un padecimiento denominado síndrome de Hellp con resultado lamentablemente mortal en un espacio de tiempo breve debido a su complejidad, por lo que el personal del hospital actuó dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso aceptados dentro de la profesión médica, ponderando los aspectos éticos y valorando el factor riesgo-beneficio del binomio madre-hijo. Por tratarse de un acto médico de urgencia la decisión en la atención fue primordial al disponer de los materiales, instrumentos y recursos en los que contaba el hospital en el momento de la atención. Por lo anterior

---

<sup>26</sup>Visible en foja 177-197 del expediente.

*se concluye que no existió negligencia médica, omisión o mala práctica en la atención brindada a la señora [V1] en el Hospital General de Tapachula, Chiapas.*"<sup>27</sup>

**18.** Resumen médico de **V2** con número de oficio DEP/JUR/689/2018 emitido por el entonces **A1**, Director del Hospital General de Tapachula, en fecha 31 de julio de 2018, en el que adjunta resumen clínico de **V2** y 13 copias debidamente certificadas y cotejadas del expediente clínico sobre la atención proporcionada en dicho nosocomio. Dentro de dicho expediente se observan: Hoja de hospitalización de **V2**, hoja de evolución médica, estudio socioeconómico de **V1**, hoja de control de líquidos, hoja de enfermería pediátrica, certificado de nacimiento emitido por la Secretaría de Salud, entre otras notas clínicas que integran su expediente.<sup>28</sup>

**19.** Opinión médica de fecha 22 de noviembre de 2019 emitida por personal de esta Comisión de la Dirección de Seguimiento a Recomendaciones de Atención a Víctimas de violaciones a Derechos Humanos por la que se solicita se determine el motivo por el cual se dio el fallecimiento del referido recién nacido, basándose en las actuaciones del expediente de queja, específicamente en el dictamen médico emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos así como del expediente clínico del recién nacido, mismo que concluye lo siguiente: *De acuerdo a las notas contenidas en el expediente de queja, se puede observar omisión en el llenado del Partograma, en la atención médica que se le brindó a la agraviada en el servicio de Urgencias de Ginecobstetricia del Hospital General de Tapachula, al no registrar una adecuada monitorización del binomio materno fetal, es de destacar que no cumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo y Puerperio y de la persona Recién Nacido, la cual*

---

<sup>27</sup>Visible en fojas 315-316 del expediente.

<sup>28</sup>Visible en fojas 365-378 del expediente.

recomienda en su numeral 3.32 que a la letra dice: Partograma: Herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar de forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. En nota médica de nacimiento a las 8:45 horas el día 19 de noviembre del 2016, producto único Prematuro de 32 SDG por Capurro de Madre con Eclampsia, Producto en Apnea, con datos de Hipoxia Cerebral, esto en base a la clasificación de Apgar que le fuera proporcionado al momento de nacer, así como el diagnóstico de Sufrimiento Fetal Agudo, por lo anteriormente descrito y la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal GPC-IMSS632-13, la cual refiere como factor de riesgo materno para la Asfixia al Nacimiento, hipertensión inducida por el embarazo, la cual fue presentada por la madre y se complicará por haberse retrasado un diagnóstico temprano, retrasando con ello el tratamiento correcto a un lado a una falta de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y por lo tanto la complicación del Recién Nacido tal y como establece la Guía de Práctica Clínica Atención Integral de Preeclampsia en el Segundo y Tercer Niveles de Atención SS-020-08, está bien establecido que mientras más tiempo transcurre entre el inicio de la enfermedad y la resolución del embarazo mayor es la afectación sistémica y con peores resultados perinatales. De acuerdo a lo establecido por la CNDH (foja 197) del expediente CEDH- 0779-2016 al referir que: La inadecuada atención médica consistió en que la doctora **[A3]** sin especialidad y al servicio de urgencias de ginecobstetricia, incurrió en negligencia e impericia por omisión de Cuidado hacia su paciente, debido a que no llevó a cabo una adecuada monitorización de la evolución del trabajo de parto prematuro del Binomio materno - fetal, que trajo como consecuencia un retraso para integrar un diagnóstico temprano de Preeclampsia y Eclampsia, lo que retrasó un tratamiento oportuno con la interrupción del embarazo por medio de una cesárea de urgencia, por lo anteriormente descrito, existe una relación en el retraso del manejo temprano del Binomio materno-fetal y las complicaciones del

*Recién Nacido ya dictaminado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.*"<sup>29</sup>

**20.** Acta circunstanciada del 13 de septiembre de 2018 en la que este Organismo hace constar la diligencia realizada a la Fiscalía de Combate a la Corrupción con la finalidad de actualizar el estado de la Carpeta de Investigación **C**, en el que se observaron las siguientes actuaciones:

**20.1** Notificación de inicio de la carpeta de investigación al Consulado de la República de El Salvador mediante oficio número 07659/ 0124/ 2016 por la que se hace del conocimiento que su connacional está recibiendo atención médica en el Hospital General de Tapachula.

**20.2** Oficio PGJE/ DGSP/ ML/ 131/ 2016 de fecha 20 de noviembre de 2016 suscrito por el Dr. Erick Andersi Martínez Rivera, por el cual emite Dictamen Médico de Integridad Física, Lesiones, Clasificación Legal de las Lesiones, en el que señala que no fue realizado.

**20.3** Dictamen Médico de fecha 23 de noviembre de 2016, realizado por el Dr. Erick Andersi Martínez Rivera en el que señala la causa de la muerte de **V1**: Muerte cerebral secundaria a hemorragia cerebral por ruptura de vasos sanguíneos cerebrales.

**20.4** Oficio sin número de fecha 12 de junio de 2017, suscrito por el Dr. Néstor Soto, Director del Centro de Salud de Tapachula, quien manifiesta que en archivo de encuentra que **V1** acudió a consulta médica el 17 de noviembre de 2016, en el consultorio

---

<sup>29</sup>Visible en fojas 409-417 del expediente.

5, turno vespertino con el Dr. Teofilo Adán Díaz, anexando la nota médica de consulta externa de fecha 17 de noviembre de 2016.

**20.5** Oficio número 26650 del 05 de julio de 2018, Dictamen Médico del Perito Médico Legista en turno, en el que concluye "*Por la cronología en la documentación y después de haber analizado el Expediente Clínico de la Atención brindada a la paciente V1, se determinó que no hubo negligencia o mala praxis u omisión con respecto a la atención médica y tratamiento quirúrgico realizado en el Hospital General de Tapachula.*"

**20.6** Oficio 00374/ 1314/ 2018 de fecha 30 de agosto de 2018, suscrito por la Fiscal del Ministerio Público por la cual remite la carpeta de investigación para que autorice la propuesta de la consulta del No Ejercicio de la Acción Penal o instruya lo que en derecho corresponda.

### III. SITUACIÓN JURÍDICA

**21.** El 21 de octubre de 2016, **V1** y **V3** acompañados de sus dos hijos menores **V4** y **V5**, de nacionalidad salvadoreña, realizaron la solicitud del reconocimiento de la condición de refugiados ante la Coordinación General de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados ubicada en la ciudad de Tapachula de Ordóñez, Chiapas.

**22.** El 21 de noviembre de 2016, personal de esta Comisión Estatal radicó el expediente de queja CEDH/0779/2016 derivado de la diligencia realizada a **V3**, quien manifestó que el 18 de noviembre de 2016, él y su esposa, **V1**, ambos de origen salvadoreño, acudieron de urgencia al Hospital General de Salud de la ciudad de Tapachula, Chiapas.



23. El peticionario denunció la falta de atención oportuna, eficiente y adecuada en la que personal de dicho nosocomio incurrió, debido a que su esposa, **V1**, presentaba un cuadro clínico complicado que derivó en su fallecimiento y el de su recién nacido, **V2**.
24. El 23 de noviembre de 2016, **V3** y **V6** comparecieron ante la Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos en Contra de Inmigrantes en la que presentó formal querrela por el delito de violencia obstétrica cometido en agravio de su hermana, **V1**, por los hechos ocurridos en el Hospital General de Tapachula, Chiapas, y que dieron origen a la carpeta de investigación **C**.
25. El 3 de marzo del 2017, el entonces Subdirector de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud en el Estado remitió su respuesta e informó de la situación clínica de **V1** y **V2**, anexando copias certificadas del expediente clínico e informes pormenorizados del personal médico que la atendió. En dicho informe manifestó que la agraviada en su ingreso, en ningún momento presentó datos de alarma y fue llevada de urgencia al área de tococirugía por presentar súbitamente variaciones en la presión arterial, negando que los médicos de urgencias ginecológicas fueran negligentes en la atención médica prestada.
26. El 25 de julio de 2017 personal de este Organismo, hizo del conocimiento al Cónsul General de la República de El Salvador, las posibles violaciones a los derechos humanos del quejoso y solicitó en vía de colaboración su apoyo para efectos de proporcionar el domicilio de su connacional y de **V6**, hermana de **V1**.<sup>30</sup> El 31 de julio de 2017 el distinguido Cónsul General dio respuesta en relación a la petición, e informó que esa Representación Consular no contaba con los medios y mecanismos para realizar localizaciones o notificaciones

---

<sup>30</sup> Visible en fojas 144 y 149 del expediente.

a sus connacionales, por lo que no fue posible ubicarlos. Dicha respuesta fue recibida por este Organismo el 2 de agosto del 2017.

27. El 13 de septiembre de 2018, se observó en Acta, que personal de este Organismo se constituyó ante las oficinas de la Fiscalía General del Estado, específicamente a la Fiscalía de Combate a la Corrupción con la finalidad de inspeccionar el estado que guarda dicha Carpeta de Investigación, instruida en contra de **A3, A4, A5, A7, A8, A9, A10**, por la comisión de los delitos de Responsabilidad Médica y Violencia Obstétrica.
28. En fecha 12 de octubre de 2018 se observó que en dicha Carpeta de Investigación fue autorizada la propuesta del No Ejercicio de la Acción Penal, misma que no ha podido ser notificada.
29. Esta Comisión Estatal no tiene conocimiento si la Secretaría, ha dado inicio a algún procedimiento de investigación por responsabilidad administrativa, en contra de servidor público alguno de dicho Organismo, por los hechos materia de la presente Recomendación.

#### **IV. OBSERVACIONES**

30. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CEDH/779/2016, esta Comisión encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de **V1** y **V2**, por lo que a continuación, se realiza el siguiente análisis:

##### **A. Violación al derecho a la protección de la salud**

31. La Organización de las Naciones Unidas, en la significativa Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 visibiliza los derechos fundamentales y enfatiza que *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”*. Esta premisa

evolucionó como parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en los numerales 4 y 5. Posteriormente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible reafirmaron que conseguir que la maternidad entrañe menos riesgos es un imperativo en materia de derechos humanos, por ello las metas; 3.1 y 3.2 instan a reducir el índice de mortalidad materna a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos y reducir la mortalidad neonatal hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos para el 2030 respectivamente. Asociadamente, la Organización Mundial de la Salud propone estándares internacionales y herramientas que tienen como objetivo la identificación, monitoreo y sistematización de información sobre las muertes que tienen una relación causal y/o temporal con el embarazo, que se tipifican y definen como muertes maternas”<sup>31</sup>

- 32.** Es substancial entender que, para que una mujer fallezca por “muerte materna”, deben converger una serie de factores que pueden incluir, desde la falta de ingresos, el pobre estado nutricional y la falta de medios de transporte, hasta las barreras de acceso de carácter económico, geográfico o cultural a los servicios médicos. Por ende, la importancia de la medición radica en que es una expresión de la inequidad histórica y socialmente determinada, subyacente. <sup>32</sup>
- 33.** La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo junto con la Conferencia Mundial de la Mujer han sido parte del proceso de legitimación de los derechos sexuales reproductivos como derechos humanos. Acentúan que “el fallecimiento de la madre puede tener muy graves consecuencias para la familia, dado el papel decisivo que desempeña la mujer en la salud y el bienestar de

---

<sup>31</sup> OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM.

<sup>32</sup> IMSS. Julio Pisanty Alatorre. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. P. 640.

sus hijos”<sup>33</sup>. En virtud de lo cual se reafirma conceder especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia como parte del reconocimiento al derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva<sup>34</sup>.

- 34.** El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General 24 advierte que “el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”.
  
- 35.** La Comisión Interamericana de Derechos Humanos considera que es “deber de los Estados 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/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.<sup>35</sup>
  
- 36.** El párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester

---

<sup>33</sup>ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Capítulo VIII. P.8.19 - 8.27.

<sup>34</sup>ONU. Informe de la Cuarta Conferencia sobre la Mujer. Capítulo IV. P.223.

<sup>35</sup>CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párrafo 84

que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”

37. Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos manifiesta que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro” y en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de que su salvaguarda se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer embarazada.
38. De modo que “al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.<sup>36</sup>
39. Con dicha visión fundamentada, se analizará la atención médica que recibió el binomio materno-fetal, **V1** y **V2**, durante su estado gravídico, en la que se advirtieron una serie de omisiones e irregularidades que derivaron en una cadena de evento mórbidos que resultaron en su muerte materna y neonatal.

---

<sup>36</sup> CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

### **A.1. Primera atención médica: Falta de integración del expediente clínico e inadecuada atención integral del binomio materno V1y V2 en el Hospital General de Tapachula.**

- 40.** El día 31 de octubre del 2016, **V1 y V3** acuden al Hospital General de Tapachula, siendo valorada por **A11**, médico general del área de Urgencias. De acuerdo a lo expuesto por **V3**, que consta en comparecencia derivada de la Carpeta de Investigación –evidencia 11-, acudió en dicha fecha con su esposa debido a que, a **V1** "se le habían hinchado los pies, y sentía dolor de parto y le venían contracciones cada dos minutos, la pasaron a consulta, y solo le dijeron que eso era normal, y que no era contracciones sino una infección en la vía urinaria para lo que le dieron amoxicilina para la infección, orciprenalina para los dolores y óvulos para que mi mujer se los aplicara y preguntamos si era necesario exámenes y algún ultrasonido y le dijeron de que no que solo eran pequeños dolores, que no era nada, entonces le dieron de alta como dos horas después de que la ingresé."
- 41.** Derivado del informe de **A11**<sup>37</sup> -evidencia 14- la médico general entrevistó a **V1**, y de dicho interrogatorio identificó varios factores de riesgo: "multigesta con problemas de alimentación en calidad y cantidad, la edad así como estrés permanente por condición social y cultural; falta de vigilancia estrecha y permanente de la evolución del embarazo; hacinamiento y recurrencia de procesos infecciosos que la paciente refirió que ha venido presentando..."
- 42.** La médico general, **A11**, corroboró signos vitales encontrándola dentro de los parámetros normales, de igual manera informó historia de antecedentes heredofamiliares. Posteriormente, exploró físicamente a **V1** en compañía de personal de enfermería, y una vez realizada esa valoración directa, diagnosticó: "MULTIGESTA CON EMBARAZO DE 31 SDG POR CLINICA, CON ITU + VAGINOSIS."

---

<sup>37</sup> Véase en evidencia 14.

- 43.** Dicha autoridad también refirió que; *“dado su caso personal para las visitas y control de su embarazo debería considerar alguna ayuda social u oficial a migrantes, y también le informé que en este hospital el servicio de urgencias ginecológicas no es considerado un área de vigilancia de atención prenatal... Le sugerí que debería realizarse estudios de laboratorio. Además que los de gabinete como el ultrasonido que ella estaba solicitando no están considerados como de rutina en el servicio, ya que de ser necesario se proporciona sólo a pacientes que sean hospitalizadas”*. Por lo que expidió receta médica<sup>38</sup> para dar tratamiento a la paciente.
- 44.** Es importante mencionar que este Órgano no recibió las constancias de las valoraciones que la médico **A11** manifestó haber realizado, es decir, solo se tiene como prueba documental la receta médica que expidió a **V1**, misma que contiene el diagnóstico y el tratamiento indicado. No se obtuvieron constancias de la valoración de signos vitales y la exploración física que informó haber realizado junto con personal de enfermería.
- 45.** En apego a la Ley de Salud del Estado de Chiapas, se consideran servicios básicos de salud los referentes a la atención materna infantil y la asistencia social a los grupos más vulnerables<sup>39</sup> con un carácter prioritario durante las diversas etapas del embarazo, parto y puerperio.
- 46.** Atendiendo a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, se manifiesta la relevancia del expediente clínico como la materialización del derecho a la protección de la salud, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como

---

<sup>38</sup>Véase en evidencia 6. Receta médica expedida por A11.

<sup>39</sup>Ley de Salud del Estado de Chiapas. Artículos 3; 24 f.II y IV; 47.

describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

- 47.** De la norma referida, apartado 5.14, declara que; "el expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas (...) Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención."
- 48.** En base a la NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, apartado 5.1.4, expresa que "El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto".
- 49.** La debida integración del expediente clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.<sup>40</sup>
- 50.** Siendo esta la primera atención que **V1** recibió en dicho nosocomio, la médico general, **A11**, fue omisa en atender de manera integral a la

---

<sup>40</sup>CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, párr. 35



paciente, sin aperturar e integrar el expediente clínico del binomio materno-fetal **V1** y **V2** que desde ese momento iniciaría su historia clínica, ya que en informe refiere haber realizado valoración de signos vitales y exploración física que dieron como resultado la identificación de un diagnóstico, sin embargo no registró dichas valoraciones en notas médicas o constancias que conformarían el primer antecedente del estado de salud de **V1** y **V2**.

**51.** Es primordial el registro apropiado y la correspondiente integración del expediente clínico en razón a que proporcionan un mejor control del estado de salud del binomio materno-fetal. En esta primera atención **V1** fue identificada por **A11** con factores de riesgo por su condición de vulnerabilidad, que requerían cuidados adicionales, sin embargo su falta de registro no permitió que fueran advertidos con posterioridad por los médicos tratantes.

**52.** La apertura del expediente clínico, a través de los registros, indicaciones médicas y diversas notas médicas plasman la relación médico-paciente que conforman la observación, seguimiento y evidencia de la complejidad del estado de salud. La falta de integración del expediente clínico, por parte **A11**, cobra gran relevancia en virtud de que la apta integración del expediente clínico concede garantizar la continuidad en los servicios médicos al brindar los antecedentes del paciente, y permite que no se pierdan de vista signos o síntomas de posibles complicaciones que pudieran afectarlo. En ese sentido, dicha médico contribuyó a una inadecuada atención integral en el cuidado del binomio materno fetal vulnerando el derecho a la protección de su salud de **V1** y **V2**.

**53.** Asimismo, este Organismo advierte las posibles dificultades administrativas que los servicios de salud resienten en la atención de los usuarios que no son derechohabientes, no obstante, atendiendo al principio *pro persona* y de progresividad es vital reducir la brecha de desigualdad en el acceso heterogéneo en los servicios de protección

de la salud. Tener presente estos principios es promover la igualdad y universalidad del derecho al acceso a la atención de la salud, sin ningún tipo de factor que obstaculice su eficacia. La no discriminación garantiza la accesibilidad de hecho y de derecho a los establecimientos, bienes y servicios de salud a todos los sectores de la población, incluidos los grupos más vulnerables y marginados, sin discriminación de ningún tipo.<sup>41</sup>

### **A.2. Atención de urgencias: Inadecuada atención médica en agravio del binomio materno-fetal V1 y V2.**

**54.** El día 18 de noviembre de 2016, aproximadamente a las 23:00 horas, **V1** comenzó a sentirse mal presentando dolores y diarrea, por lo que junto a **V3** se dirigieron al Hospital General de Tapachula<sup>42</sup>.

**55.** A las 24: 30 horas, personal de enfermería realizó *triage* obstétrico<sup>43</sup>, en el que se tomaron los signos vitales y se indicó un bajo riesgo, estado de conciencia normal, signos de vasoespasmo ausentes, hemorragia transvaginal negada, salida de líquido amniótico negada y movimientos fetales presentes.

**56.** De conformidad con el informe de **A3**, médico general adscrita al servicio de Urgencias, a las 24:45 horas atendió a **V1** por dolor obstétrico que había iniciado aproximadamente tres horas antes, realizó interrogatorio y exploración física. Al valorarla notó "*presión arterial de 100/60, abdomen globoso por útero gestante, con producto único vivo y con frecuencia cardiaca fetal de 150 por minuto, con una contracción uterina, al tacto, cervix con un centímetro de dilatación, cuello grueso, vasalva y tarnier negativo, miembros interiores sin edema*". Ante dicha valoración, decide hospitalizarla para su vigilancia e inhibir el trabajo de parto, indicando tratamiento de "*indometacina*

<sup>41</sup> ACNUDH. OMS. El Derecho a la Salud. Folleto informativo. P.18-20.

<sup>42</sup> Véase en evidencia 7.

<sup>43</sup> Véase evidencia 13.1 Hoja de *Triage* Obstétrico.

supositorios de 100 mg, uno cada 12 horas, ketorolaco 30 miligramos; ranitidina 50 miligramos; dexametazona 6 miligramos intramusculara cada 12 horas"<sup>44</sup>.

- 57.**La médico general **A3** diagnosticó a **V1** como: "*Multigesta con embarazo de 33.5 semanas de gestación por USG transplado y Amenaza de Parto Prematuro (APP)*" <sup>45</sup> e indicó su vigilancia, realización de estudios correspondientes y expidió tocolíticos<sup>46</sup>.
- 58.** Asimismo, en el turno de **A3**, a las 24:45 horas se realizó el llenado del Partograma, presentando como únicos valores el registro de la frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto y un centímetro de dilatación cervical.
- 59.** Por indicaciones de **A3**, médico general en turno, se solicitó estudio de análisis clínicos (biometría hemática) como parte del tratamiento al diagnóstico de *Amenaza de Parto Pretérmino*, dichos análisis clínicos fueron solicitados a las 02:03 am e impresos a las 03:27 am, presentando un conteo de plaquetas de 111,000.
- 60.** En el transcurso de las 03:00 horas del 19 de noviembre de 2016, el cuadro clínico de **V1** observaba un conteo de plaquetas bajo, así como *rash* en extremidades, informado por **A2** –evidencia 12.2- médico general.
- 61.** A las 05:00 horas personal de enfermería informó que **V1** había presentado vómito, dificultad para respirar con una tensión arterial de

---

<sup>44</sup> Véase evidencia 12.3 Informe pormenorizado de **A3**, médico general adscrita al servicio de urgencias.

<sup>45</sup> Véase evidencia 13.2. Hoja de evolución del servicio de Urgencias Ginecobstetricias, signado por la médico **A3**

<sup>46</sup> Los tocolíticos son un tipo de fármaco utilizado para suprimir el trabajo de parto prematuro, tratamiento indicado para la Amenaza de Parto Pretérmino.

180/100mmHg y crisis convulsiva, por lo que la doctora **A3** indicó la administración de Difenidol o Metroclorpramida en dosis única.

**62.** A las 07:15 horas, la médico general **A3** realizó revaloración de la paciente debido a que **V1** presentó nuevamente crisis convulsiva, por lo que se aplicó Diazepam y se diagnosticó: *G IV P III CON EMBARAZO DE 33.5 SDG XUSG + ECLAMPSIA -evidencia 13.2-*. Se indicó gravedad de la paciente y plan de pasar a tococirugía.

**63.** A las 07:55 horas el binomio materno-fetal ingresó al servicio de tococirugía, reportando a **V1** con un estado de salud grave, inconsciente, sin respuesta a estímulos verbales ni dolorosos y con pleno deterioro del estado neurológico, con urgencia hipertensiva caracterizada por una tensión arterial de 200/130 mmHg, por lo que se realizó cesárea de urgencia por el diagnóstico de Eclampsia.<sup>47</sup>

**64.** En base a la Guía de Práctica Clínica " Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino" se considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino de uno o más de los síntomas y signos tales como: contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 4/20 min ó 6/60 min o más), con una dilatación cervical igual o más de 2 cm y con borramiento cervical igual o mayor de 80%.<sup>48</sup>

**65.** Cuando el binomio materno fetal fue valorado por **A3**, la médico general identificó diagnóstico de "*Multigesta con embarazo de 33.5 SDG por USG Transplado/APP*". Dicha autoridad, manifestó en su informe<sup>49</sup> que "*el resto de la noche, la paciente **V1** se mantuvo estable y como a las 07:15 horas del día 19 de noviembre del presente año, fui informada por personal de enfermería de dicha área hospitalaria en mención que la paciente presentó vómito en una ocasión y,*

---

<sup>47</sup>Véase en evidencia 13.2 y 13.7.

<sup>48</sup>Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. México. Secretaría de Salud. 2009. P.13.

<sup>49</sup> Véase en evidencia 12.3. Informe pormenorizado de A3.

*posteriormente crisis convulsiva, por lo que de inmediato acudo a su revisión y chequeo..."*

- 66.** Derivado del análisis del informe de **A3**, de las constancias del expediente clínico, y del dictamen médico emitido por perito legista, personal adscrito a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos<sup>50</sup> se puede establecer que el diagnóstico inicial de **A3** fue inadecuado, ya que con los datos clínicos que se reportaron en las notas médicas de evolución, **V1** no presentaba un cuadro clínico de Amenaza de Parto Prematuro al momento de su ingreso a Urgencias, pues solo había tenido una contracción uterina de forma esporádica y contaba únicamente con un centímetro de dilatación sin borramiento del cuello uterino.
- 67.** Aunado a ello, la médico general, **A3**, no advirtió que el binomio materno-fetal ya presentaba signos de riesgo como la presencia de vómito y cambios en la presión arterial, que ocurrieron en el transcurso de su turno, mismos que fueron reportados por personal de enfermería, tal y como se observa en la evidencia 13.4, hoja de enfermería del turno nocturno. La falta de pericia para identificar los trastornos hipertensivos fueron parte de una cadena de eventos mórbidos que resultaron en la *muerte materna*<sup>51</sup> de la agraviada.
- 68.** De acuerdo a la experticia del médico perito legista que analizó el caso, y emitió dictamen<sup>52</sup>, la médico general **A3** necesariamente tuvo

---

<sup>50</sup> Véase en evidencia 16. Dictamen médico emitido por Rubén Mercado Rosas, perito médico legista adscrito a la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

<sup>51</sup> OMS. Guía de la OMS para la Aplicación de la CIE 10. "Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales".

<sup>52</sup> Véase en evidencia 16.

que haber realizado un diagnóstico diferencial respecto al cuadro clínico con el que ingresó la agraviada al servicio de urgencia, con los signos de evolución que presentaba el binomio materno-fetal y de esta forma brindar una atención adecuada y oportuna que permitieran una mejor evolución en el estado de salud de **V1** y **V2**.

#### **A.2.1 Omisión en el cuidado de la monitorización del binomio materno-fetal.**

**69.** La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, expone que el partograma es una herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.<sup>53</sup>

**70.** Del numeral 5.5.10, se desprende que *“las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.”*

**71.** De la referida norma, el numeral 5.5.12 despliega que *“el registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.”*

**72.** La monitorización binomio materno-fetal, permite una adecuada vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto que puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar un daño irreversible o fatal para la madre y/o el

---

<sup>53</sup>NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Numeral 3.32

recién nacido, por lo que en relación al registro en el partograma de la evolución de los cambios cervicales y principalmente del registro de la tensión arterial de la madre, se observan graves omisiones en el registro.

**73.** A partir de la observación del partograma del expediente clínico de **V1**–evidencia 13.3–, se advierte que **A3** fue omisa en realizar una valoración completa del binomio materno-fetal, puesto que únicamente a las 00:45 horas se tiene un registro de la frecuencia cardíaca fetal y de la dilatación cervical, sin haber realizado posteriormente algún otro registro.

**74.** De acuerdo a la NOM-007-SSA2-2016, y al dictamen médico emitido por perito legista, personal adscrito a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la médico en turno tuvo que haber realizado un control de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 a 60 minutos; así como una monitorización de la tensión arterial cada dos horas.

**75.** En ese sentido, **A3** al no haber llevado a cabo una monitorización y evolución clínica del binomio materno fetal estrecha, no detectó oportunamente los trastornos hipertensivos que presentó la agraviada. Este hecho trajo como consecuencia una respuesta tardía en la atención de complicaciones con múltiples desenlaces clínicos, como la muerte obstétrica directa de **V1**, que resulta de complicaciones del estado gravídico por las intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o la cadena de eventos que llevan a un resultado fatídico<sup>54</sup>.

**76.** Dicha omisión también se demuestra debido a que, en evidencia 13.4– se observa que personal de enfermería, dio aviso al médico de guardia, **A3**, denotando que la paciente había presentado dificultad respiratoria con una tensión arterial de 180/100 mmHg; tensión arterial

---

<sup>54</sup> OMS. Guía de la OMS para la Aplicación de la CIE 10. P.9

que la doctora omitió registrar en el Partograma y en su nota realizada a las 07:15 horas, en la que únicamente reportó una tensión arterial de 70/59mmHg, misma que tampoco se encuentra registrada en el Partograma, ni en la hoja de enfermería.

77. El registro y documentación clínica de calidad promueven una atención oportuna en el tratamiento, evolución y diagnóstico; forman parte de la evidencia de que el médico actúa basado en principios científicos y trabaja guiando al equipo de apoyo que resguarda la salud. La falta de registro en el expediente clínico revela la omisión en el cuidado del binomio materno-fetal, y sugiere duda de que efectivamente la agraviada a las 07:15 reportara una tensión arterial baja, siendo que previamente a esta segunda y última valoración de la doctora **A3**, el personal de enfermería ya tenía registro de una hipertensión, caracterizada con una tensión arterial de 180/100 mmHg - evidencia 13.4-, y que a las 07:55 horas ya estando la agraviada en el servicio de tococirugía fuera reportada con una tensión arterial de 200/130 mmHg, por lo que no es congruente, ni concordante que la agraviada a las 07:15 presentara una tensión arterial de 70/ 50 mmHg, cómo lo reportó la médico general, **A3**.<sup>55</sup>

### **A.2.2 Negligencia por retraso de diagnóstico adecuado y oportuno del binomio materno-fetal.**

78. La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, establece que; " en todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino,

---

<sup>55</sup>Véase en evidencia 16. Dictamen médico emitido por Rubén Mercado Rosas, perito médico legista adscrito a la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad".<sup>56</sup>

**79.** Aunado a lo anteriormente expuesto y tomando en consideración el cuadro clínico que presentaba la agraviada durante su estancia en el servicio de urgencias, el binomio materno-fetal presentaba un cuadro que se caracterizó por la presencia de vómito, hipertensión arterial, así como por los resultados de laboratorio clínico que desde las 03:27 horas del mismo día 19 de noviembre ya reportaban una trombocitopenia. Es decir un conteo de plaquetas menor de 150,000 por lo que se puede establecer que el conjunto de síntomas y signos que presentaba la agraviada desde las 03:27 horas del 19 de noviembre, ya eran compatibles con el diagnóstico de Preeclampsia. Es importante mencionar que los niveles muy bajos de plaquetas, conocido como trombocitopenia, conllevan riesgos graves de presentar hemorragias en cualquier órgano.

**80.** A las 07:15 horas **A3** realizó su segunda valoración, observando que el binomio materno-fetal ya se encontraba en un estado grave hipertensivo denominado Eclampsia, siendo hasta ese momento que rediagnostica a la paciente y decide remitirla al servicio especializado de tococirugía.

**81.** A las 07:55 horas fue registrado el ingreso del **V1** al servicio de tococirugía, en donde la médica ginecóloga **A4** reportó a la agraviada con un estado de salud grave, inconsciente, sin respuesta a estímulos verbales y dolorosos pupilas midriáticas con pleno deterioro del estado neurológico y con una urgencia hipertensiva caracterizada por una tensión arterial de 200/130 mmHg, por lo que de manera urgente dio la indicación que se le realizará una cesárea de urgencia por el diagnóstico de Eclampsia.

---

<sup>56</sup> Numeral 5.3.1.13.3

- 82.** Acorde al dictamen médico –evidencia 16-, ante este cuadro clínico, se requería urgentemente iniciar protocolo de estudio para la corroboración de dicho diagnóstico o de la presencia de alguna otra patología y/o complicación Hipertensiva del embarazo, siendo necesario que desde dicho momento la doctora **A3** enviara urgentemente a la agraviada al servicio de tococirugía, y no hasta las 07:15 horas cuando el estado de salud de la agraviada ya se había complicado a una Eclampsia, ya que a esa hora se agregó al cuadro clínico la presencia de crisis convulsivas "*lo cual hace la diferencia entre la Preeclampsia de una Eclampsia*".
- 83.** Conforme a las constancias integradas en el expediente de este Organismo, se puede establecer que **A3** incurrió en negligencia al no realizar una íntegra monitorización de la evolución clínica del binomio materno fetal con su respectivo registro en el partograma; valorar en su conjunto los signos y síntomas que presentaba la agraviada; revisar los resultados clínicos de laboratorio que reportaban niveles de plaquetas bajos; y por lo tanto, no advertir un diagnóstico temprano que permitiera canalizar de manera oportuna a la agraviada al servicio de tococirugía, donde personal especializado en la materia de ginecobstetricia la atendería.
- 84.** En esa tesitura, la valoración no adecuada y la falta de pericia de **A3** advertida, trajo como consecuencia que la agraviada no obtuviera un tratamiento oportuno por medio de la interrupción del embarazo a base de una cesárea de urgencia. Tal y como se observa en el dictamen médico antes referenciado: "*La inadecuada atención médica consistió en que la doctora **[A3]** sin especialidad y adscrita al servicio de urgencias de ginecobstetricia incurrió en negligencia e impericia por omisión de cuidado hacia su paciente, debido a que no llevó a cabo una adecuada monitorización de la evolución del trabajo de parto prematuro del Binomio materno-fetal, que trajo como consecuencia un retraso para integrar un diagnóstico temprano de Preeclampsia y posteriormente de Eclampsia, lo que retrasó un*

*tratamiento oportuno con la interrupción del embarazo por medio de una Cesárea de Urgencia”.*

**85.** Del discernimiento del perito médico legista aludido se afirma que *“la negligencia e impericia en la que incurrió la doctora [A3], trajo como consecuencia un deterioro del estado de salud de la agraviada, lo que ocasionó que presentara hemorragia cerebral, posteriormente muerte cerebral y su fallecimiento, por lo que, desde el punto de vista médico-legal se puede establecer que si existe causa- efecto entre su negligencia e impericia con el fallecimiento de la agraviada”<sup>57</sup>.*

**86.** Es importante mencionar que por regla general, la obligación del profesional de la medicina es de medios, y no de resultados. Esta clase de obligaciones supone que el profesionista no se obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente, cuya apreciación está en función de la denominada *lex artis ad hoc*, entendida como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-<sup>58</sup>.

**87.** La omisión en el cuidado por un periodo de siete horas, en el que **A3** no revaloró el cuadro clínico del binomio materno fetal, deja ver una probabilidad significativa de poder haber evitado el daño<sup>59</sup> con una estrecha monitorización del binomio materno fetal, mayor pericia en el

---

<sup>57</sup> Véase en evidencia 16.

<sup>58</sup> SCJN. Tesis aislada (civil). “Responsabilidad médica. Elementos que deben acreditarse, según se trate de obligación de medios o de resultados”.

<sup>59</sup> SCJN. Tesis aislada (civil) “Responsabilidad civil subjetiva extracontractual por actuaciones médicas. si quien la reclama forma parte de un grupo vulnerable, para probar el nexo causal entre la actuación y el daño material o moral, debe aplicarse la técnica probatoria denominada “oportunidad perdida”.

adecuado diagnóstico y la canalización oportuna al servicio especializado ginecobstetra.

- 88.** No pasa desapercibido para este Organismo el análisis de los diversos dictámenes y opiniones médicas<sup>60</sup> integradas en el expediente de queja, sin embargo, es ponderado el realizado por el perito médico legista adscrito a la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos –evidencia 16- por el grado de especialización en la materia, el análisis escrupuloso de razonabilidad realizado sobre el caso particular y la idoneidad y objetividad de la información científica aportada que lograron visibilizar los elementos en controversia.
- 89.** Se advierte la resolución del *No Ejercicio de la Acción Penal* en la carpeta de investigación **C** por la comisión del hecho con apariencia de delito de homicidio culposo con agravante de responsabilidad médica cometida en agravio de **V1** y **V2**. En la cual se observa “... Ante este escenario jurídico,, es posible llegar a la jurídica conclusión de que el hecho denunciado no se cometió, actualizándose de manera específica la causal de sobreseimiento prevista por el artículo 327 f.I del Código Nacional de Procedimientos Penales”. En consecuencia del no ejercicio de la acción penal y ante las condiciones jurídicas vertidas no se logró imputar Responsabilidad Penal. No obstante, en la vía penal no se observaron los dictámenes médicos vertidos en las evidencias 16 y 17 que se analizaron por este Organismo.
- 90.** Desde un enfoque de derechos humanos es primordial concebir la interdependencia de los derechos a la salud, con los derechos a la identidad, al desarrollo humano, al trabajo con un enfoque de interseccionalidad que extienda la salvaguarda de las personas. En ese tenor, es crucial que en los servicios de salud, se identifiquen los factores de riesgo que se presentan al formar parte de un grupo en condición

---

<sup>60</sup> Véase en evidencias 15, 16, 17 y 19.

vulnerable. En este caso particular, **V1** debido a su condición de mujer embarazada y migrante<sup>61</sup>, asumía factores de riesgo previamente identificados por **A11**, los cuales implicaban un contexto de desigualdad social con una menor protección a su derecho a la salud y que por lo tanto requerían de mayores consideraciones que ponderaran su estado de salud.

**91.** Al reconocer los principios de máxima protección para los grupos vulnerados y atendiendo al alcance del concepto de “víctima” que adquiere cuando se produce una violación a los derechos humanos, se deberán tomar en consideración los elementos vertidos para la fundamentación, motivación y defensa en los criterios de índole administrativo que estime favorable la autoridad migratoria. Este planteamiento se concibe en razón a que **V1** y **V3**, acompañados de sus dos hijos menores, en el tiempo de los hechos, iniciaron la solicitud de reconocimiento de la condición de refugiados ante la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados.

### **A.3. Atención médica en parto y postparto del binomio materno-fetal: Falta de espacios habilitados e insumos necesarios en el Hospital General de Tapachula.**

**92.** En el servicio de tococirugía, posterior al diagnóstico de Eclampsia, a las 08:00 horas **V1** cae en paro cardiorespiratorio, por lo que el servicio de anestesiología, **A5**, le brindó reanimación cardiopulmonar avanzada con intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

**93.** A las 08:13 horas **A4** y **A5** dieron inicio a la cesárea, obteniéndose un producto vivo del sexo masculino el cual naciera a las 8:15 hrs con datos de hipoxia cerebral, esto en base a la clasificación de Apgar que le fuera proporcionado.

---

<sup>61</sup> Con solicitud de refugiada, junto a **V3**, **V4** y **V5**,

- 94.** A las 09:05 horas, derivado de la nota postoperatoria, **A4** solicitó que la paciente fuese transferida al área de Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo declaró lo siguiente: *"nos informa subdirector médico que no se cuenta con espacio ni con médico internista. Permanecerá paciente en quirófano con apoyo ventilatorio, alto riesgo de coagulación intravascular diseminada. Hemorragia, Muerte ..."*<sup>62</sup>
- 95.** A las 09:16 el servicio de anestesiología, **A5**, informó que durante el evento quirúrgico la ventilación fue mecánica controlada y terminada la cirugía la paciente se encontraba " *con signos vitales de 120/73, FC 110pm. SsaO2 97% en estado muy grave, por lo que solicitan cama en la Unidad de Cuidados Intensivos pero nos informan no hay cama disponible y tampoco hay médico internista en turno, por lo que permanece en quirófano*".<sup>63</sup>
- 96.** A las 12:40 horas, **A4** informó en nota de evolución del servicio de " *Paciente aún en quirófano, no hay espacios en unidad de cuidados intensivos o sala de choque. Se indica transfundir plasma (aún no está disponible) Paciente grave. Pendiente valoración por medicina interna.*"<sup>64</sup>
- 97.** A las 15:40 horas la paciente, **V1** fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Posteriormente, a las 16:14, derivado de la nota de valoración inicial del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, **A7**, neurólogo, realizó valoración e indicó que el examen neurológico fue compatible con muerte cerebral.<sup>65</sup>
- 98.** Derivado del informe de **A10**, del servicio de medicina interna, explicó que; *"solo se documentó una crisis hipertensiva posterior a cuadro*

---

<sup>62</sup> Véase en evidencia 13.- Expediente clínico **A** de **V1**. Visible en Foja 54 del expediente.

<sup>63</sup> Véase en evidencia 13. Foja 55 del expediente.

<sup>64</sup> Op.Cit.

<sup>65</sup> Véase en evidencia 13. Foja 52 del expediente.

*convulsivo paciente preecláptica con síndrome de HELLP, puede ser causa de hemorragia cerebral debido a la trombocitopenia, así como no se descarta otras causas como aneurismas o malformaciones arteriovenosas..."*

- 99.** El neurólogo, **A7**, informó que a pesar de haberse intervenido de una cesárea de urgencia, la agraviada ya también presentaba además complicación de la Preeclampsia, un padecimiento grave denominado Síndrome de HELLP, considerado como una variante atípica de la Preeclampsia severa y que está asociado con una elevada mortalidad materna, síndrome caracterizado por anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y disminución de recuento plaquetario denominado trombocitopenia, siendo este último trastorno de las plaquetas que trajo como consecuencia que la agraviada sufriera de una hemorragia cerebral.<sup>66</sup>
- 100.** Los días 20, 21 y 22 de noviembre, **V1**, continuó en la Unidad de Cuidados Intensivos, con datos clínicos de muerte cerebral y apoyo ventilatorio, con condiciones generales con falla renal, respiratoria, hepática y hematológica, lesión cerebral irreversible y pronóstico malo para la vida.
- 101.** Finalmente, el día 23 de noviembre de 2016, a las 08.00 horas, **V1** fallece con diagnóstico de muerte cerebral, hemorragia cerebral, eclampsia y puerperio quirúrgico.<sup>67</sup>
- 102.** Según la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, numeral 5.1.8 "Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal

---

<sup>66</sup>Véase en evidencia 12.7. Informe pormenorizado de **A7**.

<sup>67</sup>Véase en evidencia 13. Expediente clínico **A** de **V1**. Visible en Fojas 62-67 del expediente.

*especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año".*

- 103.** Derivado de los informes de los médicos tratantes, se observaron las siguientes manifestaciones:
- **A2:** *"...se llamó al esposo de la paciente para solicitar la orciprenalina ya que no contamos con dicho medicamento en el hospital"*
  - **A4:** *"Paciente aún en quirófano, no hay espacios en unidad de cuidados intensivos o sala de choque. Se indica transfundir plasma"*
  - **A5** *"Se solicita cama en unidad de cuidados intensivos nos informan no hay cama disponible y tampoco hay médico internista en el turno por lo que permanece en quirófano"*
- 104.** Aunado a la falta de atención médica oportuna, la omisión en el cuidado de la salud y del adecuado registro del expediente clínico, la protección del derecho a la salud del binomio materno fetal continuó con afectaciones debido a que diversos médicos evidenciaron la falta de personal especializado en guardia, la falta de espacios en la Unidad de Cuidados Intensivos, así como la falta de insumos necesarios para la atención de urgencias obstétricas.
- 105.** Es imprescindible discernir que el derecho a la salud, está supeditado a una serie de exigencias como el cumplimiento de factores institucionales y la adopción de las medidas pertinentes para alcanzar este fin. El conjunto de omisiones cometidas en agravio del binomio materno-fetal contravinieron los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, en razón a que no garantizaron una atención médica profesional y de calidad para **V1** y **V2**.



## B. Derecho a la vida en relación al deceso neonatal de V2.

**106.** Del expediente clínico del recién nacido –evidencia 18– se observó lo siguiente: *"el producto nace en apnea con cianosis generalizada, sin frecuencia cardiaca por lo que se procede a intubación con cánula 3FR. De inmediato se procede a dar masaje cardiaco. Solicito adrenalina la cual después de un rato se administra intratraqueal, el paciente ya tenía aprox. 80 lat x min la cual mejora por el efecto de la adrenalina. Continuaba en apnea y con cianosis distal, pues el color central mejoraba pausadamente.- En seguida se solicita que fijen la cánula para poder evitar trauma y desplazamiento en ella.-Las telas adhesivas de servicio no sirven. No pegan en forma adecuada.- pero no hay de otra.- también se refuerza la fijación con cinta umbilical y ante la regulación del latido cardiaco solo continua con asistencia ventilatoria.- Se califica con Apgar de 4 al minuto y 5 a los cinco minutos. 6 a los 10 minutos y mejorando pues hay manifestación de esfuerzo respiratorio. Sin embargo no nos arriesgamos a extubar, pues no contamos con ventilador en esta área, es sabido que no hay lugar en la sala de UCI.- ni otra área del Hospital."*SIC.

**107.** A las 12: 15 se distingue en nota de defunción de **V2** *" Se presenta nuevamente paro cardiaco irreversible con palidez acentuada previa, por lo que se consideran los diagnósticos finales: cardiopatía hipóxica isquémica, hipoxia perinatal severa, sufrimiento fetal agudo y prematuridad."*

**108.** Destaca que no se encontraron evidencias en notas médicas que indicaran la parte fetal de presentación y su estación o plano de descenso, incumpliendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida", que en su punto 5.5.11 dispone que *"el registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para*

*identificar oportunamente eutocias o distocias"* . Dicho progreso no fue registrado en el partograma del expediente clínico.<sup>68</sup>

**109.** De igual forma, no fue realizado un ultrasonido fetal que pudiera observar la frecuencia cardíaca y la evolución del estado de salud del producto, realizando con ello un monitoreo estricto y adecuado de las condiciones de riesgo que desarrollaría el recién nacido.

**110.** De acuerdo a la opinión médica emitida por personal de este Organismo, en relación a la evolución clínica y el deterioro de salud, **V2** se vio gravemente afectado debido a que con apego a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal GPC-IMSS632-13, se refiere como factor de riesgo materno para la asfixia al nacimiento, la hipertensión inducida por el embarazo, *"la cual fue presentada por la madre y se complicará por haberse retrasado un diagnóstico temprano, retrasando con ello el tratamiento correcto aunado a una falta de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y por lo tanto la complicación del Recién Nacido."*<sup>69</sup>

**111.** Asimismo se observó con apego a la Guía de Práctica Clínica Atención Integral de Preeclampsia en el Segundo y Tercer Niveles de Atención SS-020-08, la importancia de la atención oportuna, *" está bien establecido que mientras más tiempo transcurre entre el inicio de la enfermedad y la resolución del embarazo mayor es la afectación sistémica y con peores resultados perinatales"* .<sup>70</sup>

**112.** Por lo anteriormente expuesto, y de manera coincidente con el dictamen pericial –evidencia 16–, este Organismo pudo establecer una relación en el retraso del manejo temprano del binomio materno-fetal y las complicaciones del recién nacido que evolucionaron en la muerte

---

<sup>68</sup> Véase en evidencia 13.3.

<sup>69</sup> Véase en evidencia 19.

<sup>70</sup> Véase en evidencia 19.

neonatal de **V2**. Concluyendo que la serie de actos y omisiones concatenados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-infantil, que trajeron consigo el deceso de ambos.

## **V. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS**

**113.** La finalidad de visibilizar el trato que en ocasiones reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, no es con el objeto de criminalizar ni estigmatizar la labor médica, el objeto es contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres.<sup>71</sup>

**114.** La muerte materna es un problema de salud pública y forma parte de los compromisos internacionales a alcanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en sus metas 3.1 y 3.2, en los que la mortalidad y morbilidad materna debe ser entendido bajo un enfoque de derechos humanos. La brecha en el acceso y la calidad de los servicios de salud guardan una estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población, siendo un indicador que permite evaluar los progresos alcanzados en la lucha contra la desigualdad, la pobreza, y en consecuencia el desarrollo humano.

**115.** De acuerdo al Observatorio de Mortalidad Materna en México, en el tiempo en que ocurrieron los hechos (2016, a nivel nacional la razón de mortalidad materna fue de 36.7 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en Chiapas fue de 58.3 por 100,000 nacidos vivos, es decir nos ubicamos muy por encima de la media nacional. La tasa de mortalidad materna en Chiapas era de 5.3 en mujeres de 15 a 49 años de edad. <sup>72</sup> Actualmente, la razón de mortalidad materna nacional calculada es de 25.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos

---

<sup>71</sup> CNDH. Recomendación general 31/2017. P. 222.

<sup>72</sup> OMM. Mortalidad materna en México. Indicadores 2016

estimados y las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México y Chiapas, quienes en conjunto suman el 36.4% de las defunciones registradas.<sup>73</sup>

- 116.** El corredor fronterizo de Soconusco presenta la mayor movilidad de toda la región entre México y Guatemala, en esta zona fueron reportadas 79% de las entradas vía terrestre. El 25% del total de unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII registraron casos de mujeres migrantes embarazadas, de ellas 37% cursaban embarazo de alto riesgo. En el periodo de 2004 a 2007 en la atención a migrantes en el Hospital General Tapachula casi el 50% de la demanda de atención hospitalaria estuvo relacionada con los derechos sexuales y reproductivos.<sup>74</sup>
- 117.** Del análisis de los hechos violatorios previamente razonados y contextualizados, se afirma que la atención brindada a **V1** y **V2**, no fue adecuada ni oportuna durante el tiempo que estuvo en dicho nosocomio, lo que ocasionó que se complicará el nacimiento de **V2**, ocasionando daños irreversibles.
- 118.** Concretamente la médico general en turno **A3**, fue omisa al no supervisar el estado de salud del binomio materno-fetal por aproximadamente 7 horas, aún cuando personal de enfermería observó cambios en la presión arterial, presencia de vómito y no observar los resultados de la biometría hemática que indicaban un nivel de plaquetas bajo, que representaba un riesgo latente en agravio de **V1** y **V2**.

---

<sup>73</sup> Secretaría de Salud (2020) Informe semanal epidemiológico de muerte materna. Semana 01.

<sup>74</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, AECID, UNFAP (2011) "Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México" P. 39, 73 y 74.

- 119.** La falta de diligencia queda establecida por la omisión en el cuidado y estrecha vigilancia durante el período en que **V1** permaneció en la sala de urgencias sin haber sido supervisada al presentar cambios en su cuadro clínico agravado con síntomas de vómito, convulsiones y cambios en la presión arterial, mismos que no fueron advertidos de manera oportuna, aunado a la falta de registro en la integración del expediente clínico en cuanto a la monitorización del binomio materno-fetal.
- 120.** La negligencia médica se produjo por dichas omisiones asociados a un diagnóstico inadecuado, falta de revaloración y canalización al servicio especializado ginecobstetra cuando la agraviada presentó un cuadro clínico que derivó en una Eclampsia y posteriormente en Síndrome de Hellp.
- 121.** Por lo tanto, para este Organismo Estatal, se cuenta con elementos suficientes para que determine sobre la responsabilidad administrativa de **A3**, por existir atención inadecuada, omisión en el cuidado y negligencia médica que evolucionó en severas complicaciones del estado de salud que precedieron a la muerte materna y neonatal de **V1** y **V2**, siéndole atribuibles dichas omisiones a la falta de pericia en relación con la evolución y el fallecimiento del binomio materno fetal.
- 122.** En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 18, 77 y 78 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que este Organismo Estatal en pleno ejercicio de sus atribuciones, solicite a esa Secretaría de Salud se de vista ante la autoridad correspondiente, a efecto de que se inicie el procedimiento de responsabilidad administrativa en contra del personal referido, en el que se deberán tomar en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

- 123.** Por consiguiente, las faltas administrativas se traducen en obligaciones objetivas y directas que conllevan a asumir la responsabilidad institucional en el que incurre dicha Secretaría.
- 124.** Las buenas prácticas de la administración conllevan la satisfacción de las necesidades colectivas, en este caso particular, la de brindar un servicio de atención de la salud de calidad; atendiendo a la correcta organización de insumos materiales y humanos. La responsabilidad de las autoridades en cumplir estas obligaciones son permeadas por el derecho a la legalidad y los principios rectores de los derechos humanos.
- 125.** Aunado a lo anteriormente expuesto, la falta de insumos, suficientes y adecuados para brindar un servicio médico integral, exhiben la responsabilidad institucional que no permiten la plena efectividad al derecho a la protección de la salud previendo los recursos necesarios para haber brindar una mejor y eficaz atención a **V1** y **V2**.
- 126.** La omisión en adoptar medidas apropiadas de carácter administrativo, presupuestario y médico, generan el incumplimiento de obligaciones como servidores públicos en agravio de los usuarios.
- 127.** La falta de espacios habilitados y personal médico especializado asequible, contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, que no garantizaron una atención médica profesional y de calidad para **V1** y **V2**, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, misma que en términos generales establece que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.
- 128.** Por lo anterior, se sustenta el incumplimiento de las obligaciones e implican la responsabilidad institucional para esta Secretaría, puesto

que cuando las instituciones incurren en una actividad administrativa irregular y omiten el cumplimiento de sus obligaciones se generan agravios que ameritan su reparación. *“La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”*<sup>75</sup> Por lo cual deberá asumir su obligación de reparar e indemnizar los daños causados a las víctimas de violaciones de derechos humanos.

**129.** La responsabilidad de las autoridades o servidores públicos en materia de reparación del daño material y moral por violación a los derechos humanos en términos de la Constitución, será objetiva y directa, esto en concordancia con los instrumentos internacionales relacionados con la protección de los derechos humanos. La reparación del daño por violaciones a los derechos humanos es independiente de la reparación o indemnizaciones que determinen los tribunales competentes de los ámbitos penal o administrativo contra las personas del servicio público que resulten responsables.<sup>76</sup>

**130.** La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos analizadas y evidenciadas corresponde a los actos y omisiones realizados por el personal médico del Hospital General de Tapachula, Chiapas; quienes contravinieron las obligaciones contenidas en el artículo; 7 fracciones I, VI, VII de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Chiapas, que prevén que los servidores públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de legalidad, profesionalismo, integridad, eficacia y eficiencia, actuando conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo,

---

<sup>75</sup> Artículo 110 de la Constitución Política local.

<sup>76</sup> Artículo 66 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones; además de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

## **VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO**

**131.** La reparación integral implica "el restablecimiento de la situación anterior y la eliminación de los efectos que la violación produjo, así como una indemnización como compensación por los daños causados". Asimismo, en algunos casos, las reparaciones deben tener una vocación transformadora de las situaciones estructurales o sistémicas que vulneran los derechos fundamentales, de tal forma que "las mismas tengan un efecto no sólo restitutivo sino también correctivo".<sup>77</sup>

**132.** La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, a través de esta Recomendación reconoce el carácter de víctimas de violaciones a los derechos humanos al quejoso y familiares señalados, debido a que los hechos descritos constituyen una transgresión de violaciones a los derechos humanos.

**133.** La obligación de reparar las violaciones a los derechos humanos de las víctimas en la presente Recomendación, deriva de la responsabilidad de la Secretaría de Salud por el incumplimiento de los preceptos señalados en la legislación interna y de las obligaciones contraídas en los ordenamientos internacionales, siendo esta Secretaría la autoridad responsable en reparar de manera integral el daño causado.

---

<sup>77</sup> 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 450.



**134.** Con fundamento en lo previsto por los artículos 88 Bis, fracciones I y III, 96, 106 y 110, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, y 46 y 47 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, se deberá inscribir a las víctimas, **V3**, **V4** y **V5**, en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, por lo que se remitirá copia de la presente Recomendación para los efectos legales a los que haya lugar.

**135.** Debido a que fue acreditada la nacionalidad salvadoreña de las víctimas reconocidas por este Órgano, y se desconoce si en la actualidad tengan un domicilio en el país, por lo cual solicitamos al Consulado General de la República de El Salvador, para que en vía de colaboración gire sus atentas instrucciones a fin de localizar a **V3**, **V4**, **V5** y **V6** con el objeto de que dichas víctimas tengan conocimiento de la presente resolución y en su oportunidad, acceso a la reparación integral por las violaciones a sus derechos humanos. Por lo cual, se le remite copia de la presente Recomendación.

**136.** Para este Organismo Estatal el principio *pro persona* es inherente a la protección de las víctimas, por lo que extiende su máxima protección en apego a los estándares universales, interamericanos, nacionales y estatales aplicables, evitando cualquier forma de discriminación y revictimización.

**137.** Con base en lo anterior, esta Comisión Estatal considera procedente la reparación de los daños ocasionados a las víctimas en los siguientes términos:

#### **a) Rehabilitación**

**138.** De conformidad con la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, se deberá brindar a **V3** y a sus familiares directos, -hijas e hijos- la atención psicológica y/o tanatológica que

requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal especializado y prestarse de forma continua hasta su total sanación psíquica y emocional, a través de la atención adecuada a la pérdida sufrida, atendiendo a su edad y sus especificaciones de género.

- 139.** Atención psicológica y/o tanatológica que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para los familiares de la víctima, con su consentimiento, para ello, se les brindará información previa, clara y suficiente.

### **b) Compensación**

- 140.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que esa Secretaría de Salud en el Estado, otorguen una compensación integral a las víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos en la protección de la salud en relación a la muerte materna y neonatal de **V1** y **V2**; por lo que se deberá inscribir a **V3** en el Registro Estatal de Víctimas, para que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral y se proceda a otorgarle la compensación que resulte procedente.
- 141.** Lo anterior, conforme a derecho corresponda en términos de los artículos 88 Bis, fracciones I y III de la Ley General de Víctimas, así como los artículos 59, 60, 61 y 65 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, derivada de la violación a derechos humanos en que incurrieron el personal del Hospital General de Tapachula.
- 142.** El pago de la compensación integral y justa, deberá contemplar gastos funerarios por el deceso, traslado y repatriación del cuerpo hecho por sus familiares directos; y el otorgamiento de una efectiva y satisfactoria reparación por el daño emergente y lucro cesante. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 88 Bis, fracciones I y III, 96, 106 y 110, fracción IV, de la Ley General de Víctimas, así como los numerales 46 y 47 de la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas.

### **c) Medidas de no repetición**

- 143.** Consisten en implementar las medidas necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, esa Secretaría de Salud en el Estado, debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos, por lo cual, en un plazo de seis meses se deberá diseñar e impartir en un programa de capacitación especializado en elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, apegándose en todo momento en lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, y de la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que ha tenido como objetivo buscar mejorar la protección de la salud de las mujeres y los infantes para reducir los riesgos y daños obstétricos durante el embarazo, parto y puerperio.
- 144.** Los cursos deberán ser impartidos por personal especializado, calificado y con suficiente experiencia en los temas antes descritos. Deberán ser dirigidos a todo el personal de esa Secretaría de Salud, que intervenga en la atención directa a los usuarios del servicio de salud, con especial énfasis al personal del Hospital; para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. Deberán estar orientados en base a un modelo de atención integral con perspectiva de derechos humanos, que haga énfasis en la responsabilidad de las autoridades sanitarias en la protección del derecho a la salud, bajo los principios universales de los derechos humanos y los efectos legales del incumplimiento de las disposiciones oficiales. Es importante reconocer el diseño de programas que fortalezcan la calidad en el servicio y subsanen las debilidades administrativas y como elementos fundamentales en la cobertura de la atención médica.

- 145.** Se realice un programa de capacitaciones que visibilice los derechos humanos, principios rectores de la universalidad y la no discriminación en el acceso y protección de la salud, haciendo especial alusión en las personas en situación de movilidad, migrantes, refugiados y aquellas que no son derechohabientes.
- 146.** Se integre un comité de bioética, con un enfoque multidisciplinario que promueva un trabajo sostenido de vigilancia y monitoreo y observe el cumplimiento de los protocolos técnicos y normas oficiales aludidas. Dicho grupo profesionalizado promoverá entre otros aspectos el análisis de los expedientes de casos por presuntas deficientes atenciones médicas en la evolución del embarazo, parto y puerperio practicada en los hospitales pertenecientes a dicha Secretaría. Su objetivo versará en reconocer los aspectos y factores recurrentes que afectan la prestación del servicio de salud. Es importante identificar a las personas que no son derechohabientes y se encuentran en grupos históricamente vulnerados, por género, situación de movilidad, o grupo étnico racial.
- 147.** Es esencial tener presente la coyuntura del sistema de salud estatal en convergencia con diversas condiciones demográficas, económicas, sociales, culturales y migratorias para impulsar la generación o seguimiento de programas o capacitaciones que busquen desde un contexto ideal la igualdad en los servicios de salud para los diferentes usuarios nacionales y los diferentes grupos en movilidad; de igual forma es necesario retomar las experiencias de coordinación previas, factores estructurales identificados e información estratégica útil para la toma de decisiones en su implementación.

#### **d) Satisfacción**

**148.** En el presente caso, la satisfacción comprende que el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud en el Estado, inicie las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de **V1** y **V2**, a fin de que, en su caso, se determine la responsabilidad administrativa que corresponda de conformidad con las precisiones señaladas con anterioridad.

**149.** Asimismo, se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de **A3**, para que obre constancia.

**150.** En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos con fundamento en lo establecido por los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 2, 5, 18, 27, 66, 67 y 69 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos determina procedente formularle, respetuosamente, las siguientes:

#### **VII. RECOMENDACIONES:**

A Usted **DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS** Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud.

**PRIMERA.** Se adopten las medidas necesarias, a fin de que, la Secretaría de Salud brinde a **V3** una reparación integral del daño conforme a la Ley de General de Víctimas, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se realicen las acciones necesarias para efectos inscribir a **V3**, **V4** y **V5** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Diseñar e impartir un curso integral con capacitación y formación especializado en elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, apegándose en todo momento en lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**CUARTA.** Diseñar e impartir un curso integral con capacitación y formación de la NOM- 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que tenga como objetivo buscar mejorar la protección de la salud de las mujeres y los infantes para reducir los riesgos y daños obstétricos durante el embarazo, parto y puerperio.

**QUINTA.** Se integre un comité de bioética, con un enfoque multidisciplinario que promueva un trabajo sostenido de vigilancia, monitoreo y que observe el cumplimiento de los protocolos técnicos y normas oficiales aludidas. Dicho grupo profesionalizado promoverá el análisis de casos por presuntas deficientes de atenciones y su objetivo versará en reconocer los aspectos y factores recurrentes que afectan la prestación de los servicios de salud, con especial atención en la muerte materna y neonatal.

**SEXTA.** Se realice un programa de capacitaciones que visibilice los principios rectores de la universalidad y la no discriminación en el derecho al acceso y protección de la salud, con especial alusión en las personas en situación de movilidad, migrantes, refugiados y aquellas que no son derechohabientes.

**SÉPTIMA.** Se de vista al Órgano Interno de Control de esa Secretaría de Salud Estatal, para que se inicie procedimiento administrativo de investigación con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de **V1** y **V2**, a fin de que, en su caso, se determine la responsabilidad administrativa que corresponda en contra de los Servidores Públicos adscritos al Hospital General de Tapachula, Chiapas, que participaron en los hechos materia de la presente queja, para aplicar efectivamente las sanciones administrativas que la ley prevé y remitir a esta Comisión Estatal las constancias con que acrediten su cumplimiento.

**OCTAVA.** Designe un servidor público que cumpla la función de enlace con esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, para el seguimiento en el cumplimiento de los puntos recomendatorios, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Estatal.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 67, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Estatal, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 27, fracción XVIII, y 70, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Congreso del Estado, su comparecencia a efecto de que explique el motivo de su negativa.

**LIC. JUAN JOSÉ ZEPEDA BERMÚDEZ**  
PRESIDENTE

C.C.P. Lic. Alejandra Roveló Cruz, Comisionada Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

C.C.P. Lic. Antonio Enrique Azúcar Hernández, Cónsul General de la República de El Salvador, sede Tapachula, Chiapas.