RECOMENDACIÓN No. 1/2019

SOBRE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD PERSONAL, AL TRATO DIGNO, ASÍ COMO AL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA; EN AGRAVIO DE V1, EN MUNICIPIO DE MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, B. C. a 2 de abril de 2019

DOCTOR GUILLERMO TREJO DOZAL
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO

Distinguido Secretario,

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero y 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 Apartado B de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 1, 2 párrafo primero, 3, 5, 7 fracciones I, II, IV y VIII, 26, 28, 35, 42, 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; así como 1, 9 párrafo primero, 118 fracción IV, 121, 122, 123, 124, 125, 126 y 127 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California (CEDHBC), ha examinado los elementos contenidos en el expediente **CEDHBC/MXL/Q/223/17/3VG**, del que se desprenden hechos constitutivos de violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno y de las mujeres a una vida libre de violencia, todas en agravio de una mujer residente en la ciudad de Mexicali, Baja California, cometidas

por personal médico adscrito al Hospital Materno – Infantil de Mexicali, dependiente del Sistema de Salud del Estado.

2. Con el propósito de proteger los datos personales de las personas involucradas en los hechos, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos, 6º Apartado A fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como los artículos 7 Apartado C de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 5 fracción V de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 5 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, y 31 y 34 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California. La información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describen las claves utilizadas, con el compromiso de que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. De la Queja presentada por **VQ1** (madre de **V1**) el 12 de septiembre de 2017, ratificada por **V1** (mujer de 26 años) el 6 de octubre de 2017, así como de los testimonios, constancias, expedientes clínicos e informes justificados rendidos por las personas servidoras públicas identificadas como autoridades responsables en el marco de esta Recomendación se desprende que **V1**, embarazada de su primer hijo, fue sometida el 9 de junio de 2017 a una cesárea que no contó con su consentimiento informado y cuyos motivos no fueron plenamente esclarecidos por las constancias que conforman el expediente clínico correspondiente. De las complicaciones relacionadas con deficiencias de diagnóstico y praxis médica, **V1** sufrió un cuadro de infección que se extendió por su aparato urinario y reproductor, costándole la pérdida de útero, ovario, trompa de falopio y uretero izquierdos. Las consecuencias de la infección grave provocada por las intervenciones quirúrgicas comprometieron el funcionamiento de los riñones y provocó la disfunción de los aparatos reproductor y urinario. Actualmente, **V1** debe valerse de una sonda para evacuar orina y se ve imposibilitada a ser madre. Los procedimientos subsecuentes de colocación de la sonda han sido igualmente deficientes y han

implicado una victimización secundaria, ya que a la fecha se han sumado cinco intervenciones quirúrgicas para recolocarla, generando molestias y riesgos de nuevas infecciones.

4. El 6 de octubre de 2017, **V1** acudió ante la CEDHBC a ratificar la Queja presentada por su madre, declarando para el efecto lo siguiente:

> *El día treinta de mayo del año en curso, aproximadamente a las ocho de la mañana, acudí al área de urgencias que se ubica en las instalaciones del Hospital Materno Infantil, ya que presentaba múltiples dolores en el vientre porque estaba en vísperas de que naciera mi hijo, sin embargo, los doctores que me atendían únicamente me decían que todavía no era el tiempo de dar a luz a mi hijo, que todavía le faltaba. Por lo que me dijeron que en una semana debía regresar para ver si ya estaba en tiempo de que naciera* […]. *Hasta el día siete de junio del año en curso, acudí al área de urgencias del Hospital referido para ser atendida por los doctores, y los doctores determinaron que debería ser hospitalizada porque para esa fecha ya tenía 42 semanas de gestación. Razón por la cual, me quedé hospitalizada desde esa fecha. El día ocho de junio del año en curso, mientras estaba hospitalizada, los doctores me empezaron a suministrar medicamento a través de la sonda, con la finalidad de inducirme el parto y hasta el día 9 de junio de dos mil diecisiete nació mi hijo, pero ninguna persona o doctor que realizó la operación del parto me informó que me iban a hacer cesárea, yo pensé que a mi esposo* […] *le habían informado al respecto, sin embargo, cuando pude platicar con él, me comentó que en ningún momento le dijeron o indicaron algo respecto de la cesárea, e incluso, me comentó que no firmó ningún papel. El día diez de junio, los doctores de dicho nosocomio determinaron darme el alta por lo que me fui a mi casa, pero mi hijo se quedó en observación en el Hospital, ya en mi hogar me daba temperatura, sentía dolor en el vientre, por lo que el 14 de junio del año en curso, más o menos en la tarde, me di cuenta que en estaba saliendo mucha pus de la cicatriz de la cesárea, motivo por el cual mi marido me llevó de nueva cuenta al área de urgencias del Hospital Materno Infantil y los doctores decidieron volverme a hospitalizar durante dos días más porque me habían dejado placenta, la cual se me había infectado. Cuando me estaban limpando, me*

limpiaron por fuera primero, pero cuando me limpiaron por dentro sentí las manos de los doctores que estaban limpiando la cicatriz, por lo que les dije que el efecto de la anestesia había pasado, por lo que les grité que sacaran las manos. Por lo que los doctores me volvieron a acostar y me aplicaron anestesia general para poder hacer su trabajo. Cuando despierto me informa una Doctora, la cual no recuerdo el nombre ni apellido, que me tuvieron que quitar la matriz y los ovarios porque se me habían infectado, asimismo, le dije a la doctora que no podía hacer del baño y todo el cuerpo se me estaba inflamando. Después de un día y medio, me trasladaron al Hospital General y al llegar no me podían tocar porque cualquier movimiento sentía mucho dolor en mi cuerpo, fue cuando me tuvieron que volver a operar, me volvieron a abrir la cicatriz de la cesárea y el Doctor […] *me informó que me habían lastimado los riñones y que pudieron reconstruir uno solo. Me dijo que estuve en cuidados intensivos ya que todo lo que me hicieron en el Materno Infantil me pudo llevar a perder la vida. Duré un mes en el Hospital General durante el tratamiento, pero cada rato tengo que estar acudiendo al Hospital General porque se me infecta la sonda, me duele el riñón, me pidieron un set de nefrectomía para poder cambiarme la sonda, pero no cuento con los recursos para poder estar comprando dicho set. Me dijeron que en el mes de diciembre de este año me volverán a hacer una operación para quitarme el riñón que ya no me funciona. Quiero dejar en claro que del mes de junio del año en curso a la fecha me han operado cinco veces por las negligencias de los médicos del Hospital Materno Infantil.*

5. En fechas 27 de noviembre de 2017 y 25 de junio de 2018, **AR1** y **AR2** (personal médico adscrito al Hospital Materno Infantil en Mexicali) respectivamente, rindieron informes justificados a solicitud de la Comisión Estatal, mediante los cuales negaron los hechos imputados en la Queja, e invocando como pruebas de su dicho las mismas constancias que se citan en esta Recomendación y que constan en expediente clínico de **V1**. **AR3** (médica adscrita al Hospital Materno Infantil en Mexicali) no rindió informe justificado, pese a que se le solicitó mediante oficio de número CEDHBC/MXL/671/17/3VG de 9 de noviembre de 2017.

6. De las constancias que conforman los expedientes clínicos del Hospital Materno Infantil y el Hospital General de Mexicali, destacan los siguientes eventos que

habrán de ser relevantes para la valoración jurídica de los hechos materia de esta Recomendación:

6.1. El 8 de junio de 2017 **V1** fue ingresada al Hospital Materno Infantil, con un embarazo de 41.2 semanas de gestación y signos de dolor obstétrico. En la nota médica no se hace mención a factores de riesgo ni se describen señales de sufrimiento fetal u otra circunstancia que indique cesárea. En la nota de ingreso se estableció una frecuencia cardiaca fetal[1] de 147 latidos por minuto, 2 centímetros de dilatación y 70% de borramiento.[2] [3]

6.2. La nota de evolución médica de 8 de junio de 2017 a las 14:00 horas destaca que no se verifica sufrimiento fetal ni otros factores indicativos de

---

[1] Se entiende por frecuencia cardíaca fetal al "número de latidos del corazón de un feto en un minuto. El corazón fetal aparece a la semana 6 y ya se puede detectar su látido mediante una ecografía Doppler gestacional a partir de la décima semana. Se puede escuchar de dos maneras: la primera con la corneta de Pinard y la segunda con un doppler obstétrico. El foco máximo de auscultación se encuentra hacia la cabeza y el dorso fetal. La frecuencia cardíaca fetal basal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto; se habla de taquicardia fetal cuando ésta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia está por debajo de 120 latidos por minuto; estos cambios se relacionan con el estado anímico materno, la alimentación, la hipoxia fetal, los medicamentos, entre otros." Cfr. Peritaje rendido por el Doctor P2 en materia Médico – Legista, de fecha 28 de agosto de 2018.

[2] *Cfr.* Nota de ingreso a labor en el Hospital Materno Infantil el 08 de junio del 2017 a las 11:00 hrs, elaborada por las Doctoras SP15 y SP14, médica ginecóloga y obstetra adscrita al Hospital Materno Infantil en Mexicali.

[3] Con respecto a los términos "dilatación" y "borramiento", el peritaje del Doctor P2, Médico Legista, rendido ante esta CEDHBC el 28 de agosto de 2018, señala lo siguiente: "El borramiento y la dilatación permiten que un bebé nazca por el canal de parto. Borramiento significa que el cuello uterino se estira y se vuelve más delgado. Dilatación significa que el cuello uterino se abre. A medida que se acerca el trabajo de parto, el cuello uterino puede empezar a afinarse o estirarse (borrarse) y abrirse (dilatarse). Esto prepara el cuello uterino para que el bebé pase por el canal de parto (vagina). La rapidez con la que el cuello uterino se afina y se abre varía de mujer a mujer. En algunas mujeres, el cuello uterino puede comenzar a borrarse y dilatarse lentamente a lo largo de varias semanas. Pero una madre primeriza (primigesta) a menudo no tiene dilatación hasta que comienza el trabajo de parto activo. En la última etapa del embarazo, el médico puede revisarle el cuello uterino con los dedos para ver cuánto se le ha borrado y dilatado por medio del tacto vaginal."

cesárea; el trabajo de parto[4] se encontraba en los márgenes de tiempo regulares.[5]

6.3. La nota de evolución médica de 9 de junio siguiente a las 11:00 horas informa que la paciente se encuentra ya en trabajo de parto en fase activa, con frecuencia fetal de 136 latidos por minuto, 7 centímetros de dilatación y 90% de borramiento. De nuevo, sin sufrimiento fetal y con un trabajo de parto en progreso, dentro de los parámetros.[6]

6.4. La siguiente nota médica en el expediente clínico es la "Hoja de Operaciones" de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, firmada por el Doctor **AR1** médico adscrito, quien refiere que por operación de cesárea[7] se obtuvo producto masculino, cefálico y que por prolongación del trabajo de parto se

---

[4] El Peritaje Médico Legista del Doctor P2 define el trabajo de parto de la siguiente manera: "El primer período del trabajo de parto (dilatación): tiene un promedio de duración en mujeres que no han parido anteriormente (nulíparas) de 9 a 10 horas. Fase latente: es el período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 centímetros y que en promedio dura 6 a 7 horas en pacientes nulíparas. Fase activa: Hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 centímetros segundo período del trabajo de parto (expulsión): Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del feto; tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas. Tercer período del trabajo de parto (alumbramiento): Período comprendido desde la expulsión del feto el producto hasta la expulsión de la placenta y membrana y tiene una duración promedio de 5 hasta 30 minutos. La práctica de romper las membranas amníoticas (amniotomía) más oxitocina será indicada en pacientes con fase activa de trabajo de parto. En pacientes con fase latente prolongada no se debe realizar amniotomía hasta llegar a la fase activa y encajamiento del producto. La oxitocina es una medicación, que sólo debe ser utilizada bajo indicaciones válidas y con un control estricto de las contracciones y de la salud materno-fetal. Se debe realizar monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) con doptone o estetoscopio de Pinard, cada 30 minutos y cada 15 minutos durante el segundo periodo; registrarla en el partograma."

[5] *Cfr.* Nota de evolución signada por las Doctoras SP4 y SP5 del 08 de junio del 2017 a las 14:00 hrs, tres horas posteriores a su ingreso

[6] *Cfr.* Nota de evolución médica de 9 de junio del 2017 a las 11:00 hrs, firmada por la Doctora AR3 médica ginecóloga.

[7] A este respecto, el peritaje Médico – Legista rendido por P2 ante esta CEDHBC define la cesárea como "Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal."

habría decidido su interrupción. En ningún punto de dicha nota se hace referencia a alteración o factor alguno que indicara cesárea, por ejemplo, un cuadro de sufrimiento fetal u otra alteración de las previstas por estándares médicos (como se abundará en la sección de Observaciones).

6.5. En la referida "Hoja de Operaciones", se describe la extracción de placenta dirigida y la realización de legrado[8] digitotextil de cavidad, así como procedimiento de histerorrafia, esto es, la sutura del tejido uterino abierto por incisión quirúrgica.[9]

6.6. No hay registro de complicaciones o incidentes durante el acto quirúrgico en esta nota ni en la nota postquirúrgica del mismo día a las 16:00 horas, suscrita por el mismo Doctor **AR1**.

6.7. La nota de egreso de 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas, firmada por **AR2**, describe una herida bien afrontada sin inflamación ni sangrado y la salida de loquios[10] hemáticos escasos no fétidos. No se indica si se realizaron otros

---

[8] Cabe recordar la previsión del Doctor P2 con respecto al legrado, expuesto en el siguiente párrafo, que se cita: "El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Aunque parece muy fácil de hacer y exento de peligros, el legrado debe hacerse en un recinto habilitado para tal fin y reconocido por el correspondiente Servicio de Salud. Debe recordarse que es una cirugía, con riesgo de espasmo laríngeo, sangrado, perforación, etc. Estos riesgos se manejan mejor en un quirófano, con la ayuda de un anestesiólogo, de una enfermera, y demás personal capacitado. Las complicaciones más probables son la perforación y la infección post-legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la realización del legrado. La lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis."

[9] El referido peritaje emitido por P2 define de la siguiente manera los conceptos interrelacionados de histerotomía e histerorrafia: "La histerotomía es la incisión quirúrgica de la pared abdominal y las paredes uterinas. Cuando se realiza una cesárea hay que practicar una apertura en el útero para la extracción del feto. Una vez extraído el feto, recolectada la sangre de cordón umbilical para su criopreservación, extraída la placenta y revisada la cavidad endometrial, se realiza una sutura uterina o histerorrafia, generalmente de tipo continuo para asegurar una mejor hemostasia y habitualmente en una sola capa. La histerorrafía es la sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas."

[10] Dada a la recurrencia del uso de este término en las siguientes páginas, se incluye la definición médica de los mismos, conforme se lee en el peritaje Médico – Legista de P2: "En obstetricia, los loquios es el término que se le da a una secreción

estudios o se practicaron otros medios de verificación para dar el alta a la paciente.[11]

6.8. El 14 de junio de 2017 a las 20:00 horas, **V1** vuelve a ingresar al Hospital Materno Infantil por presentar salida de pus en herida quirúrgica, fiebre no cuantificada y loquios serohemáticos no fétidos al tacto vaginal.[12]

6.9. Casi doce horas después, la nota de evolución reportó herida quirúrgica infectada, salida de loquios serohemáticos francamente fétidos y subinvolución uterina, lo que era indicativo de una posible sepsis puerperal. El plan trazado por la Doctora **AR3** fue practicar aseo quirúrgico de herida y legrado uterino.[13]

6.10. El reporte de ultrasonido endovaginal apuntó a la presencia de probables restos fetoplacentarios, pese a que la "Hoja de operaciones" de la cesárea, como se dijo, describe la extracción de placenta dirigida y la realización de legrado digitotextil de cavidad.[14]

6.11. La "Nota Posquirúrgica" de 16 de junio de 2017 a las 14:30, firmada por la Doctora **AR3**, informa que se practicó curetaje con legra obteniendo moderado tejido decidual, esto es, tejido de carácter placentario. Se describe que se palpó útero adherido a pared, advirtiéndose plastrón purulento sobre el mismo, así como dehiscencia de histerorrafia (descosimiento de herida uterina resultante de la cesárea) y tejido friable de fácil sangrado. La intervención concluyó con

---

vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección, como una endometritis, y debe ser reportado a un profesional de salud. Al momento de analizar loquios hay que tener en cuenta 3 cosas, el olor, el color y el volumen."

[11] *Cfr.* La nota de egreso del 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas, elaborada por la Doctora AR2

[12] *Cfr*. Nota de admisión de 14 de junio de 2017 a las 20:00 horas del Hospital Materno Infantil, firmada por el Doctor SP9, médico adscrito al citado nosocomio.

[13] Cfr. Nota de evolución del día 15 de junio de 2017 a las 7:00 horas elaborada por la Doctora AR3.

[14] Cfr. Reporte de ultrasonido endovaginal de 15 de junio de 2017 del Hospital Materno Infantil, firmado por la Doctora Radióloga SP10.

histerectomía obstétrica,[15] es decir, se retiró el útero a V1, vedando con ello de manera definitiva posibilidad subsecuente de nuevos embarazos.

6.12. El reporte de patología quirúrgica del útero retirado confirmó la retención de los restos placentarios tras la cesárea practicada por **AR1**.[16]

6.13. En la nota de evolución médica nocturna comenta que la paciente presenta anuria a más de 12 horas de su histerectomía. La nota sugiere Urotac[17] para descartar obstrucción ureteral.[18]

---

[15] "**E**s la extracción del útero, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, y lo que produce esterilidad. No debemos olvidar que la histerectomía en frecuencia, es la segunda cirugía ginecológica después de la cesárea en mujeres en edad reproductiva. Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas.

Como toda cirugía, la histerectomía total abdominal no está exenta de complicaciones, más si están presentes factores de riesgo como la obesidad, enfermedades crónico-degenerativas, cirugías previas, anemia y otros. Las complicaciones infecciosas y hemorrágicas son las más frecuentes en la mayoría de los estudios realizados.

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio es de 10.5%; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril. Las lesiones del tracto urinario (vejiga o uréter) ocurren en 1 a 2% de las cirugías ginecológicas mayores; se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía. Se recomienda identificar oportunamente a las pacientes con factores de riesgo e instalar manejo multidisciplinario para controlar la patología subyacente y disminuir el riesgo de que ocurra alguna complicación transquirúrgica o postquirúrgica." *Cfr*. Peritaje Médico Legista emitido por el Doctor P2 el 28 de agosto de 2018, que consta en expediente del caso.

[16] Cfr. Reporte de patología quirúrgica del 19 de junio de 2017 del Hospital Materno Infantil, de la Doctora SP13.

[17] El Peritaje Médico – Legista de 28 de agosto de 2018, que consta en expediente, la define como: "Urografía por Tomografía Computada (UroTAC) se considera la técnica de elección para la evaluación del tracto urinario. La UroTAC permite la evaluación completa del tracto urinario (sistema colector, uréteres y vejiga) y su principal objetivo es la visualización de litiasis urinaria, tumores renales, evaluación de lesiones traumáticas o infecciosas y malformaciones congénitas, permitiendo evaluar además el resto del abdomen y pelvis, lo que tambien es útil en el diagnóstico de patología extraurinaria."

[18] Cfr. Nota de evolución nocturna de urgencias, el 17 de junio de 2017 a las 01:00 horas, el Doctor SP8.

6.14. El 17 de junio de 2017 se realiza US Renal, en cuyo reporte el Doctor **SP1** establece: “dilatación de pelvis renal en forma bilateral de hasta 2 centímetros Vejiga urinaria sin orina alguna por lo que no es valorable. Conclusión: Sugiero por diagnóstico de envío hidratar y repetir el ultrasonido por la tarde o bien mañana de acuerdo a evolución del paciente.”

6.15. Luego de ser referida al Hospital General de Mexicali, se reporta en la Hoja de Resultados de Imagenología que se practicó tomografía computarizada de abdomen y pelvis simple, hallándose “líquido libre en correderas parietocólicas y perirrenal bilateral así como en hueco pélvico. Se identifica también líquido en retroperitoneo. Al paso del contraste ambos riñones presentan fase nefrográfica pero en la fase tardía solo hay eliminación del lado izquierdo con extravasación del medio de contraste en el tercio inferior del uretero izquierdo sugerente de perforación. Del lado derecho no hay eliminación aun cuando se hicieron otros dos barridos tomográficos posteriores. Hay también extasía uteropielica de ese lado sin visualizar litos en su interior.” Lo anterior es indicativo de daño en ambos ureteros como resultado de los procedimientos quirúrgicos previos, así como evolución y daño considerable a los riñones[19]

[19] *Cfr*. Hoja de resultados de imagenología de 17 de junio de 2017, firmado por el Doctor SP12.

6.16. El 18 de junio de 2017, el Doctor **SP2** ingresa a **V1** a quirófano para laparotomía exploratoria,[20] ureterotomía,[21] cistorrafia[22] y colocación de catéter doble J derecho.

6.17. El 5 de agosto de 2018 personal del Hospital General de Mexicali practicó nefrostomía percutanea[23] izquierda guiada por fluoroscopio por trauma en uretero.[24]

6.18. La última nota médica en el expediente clínico corresponde a atención de urgencias del Hospital General de Mexicali de 7 de septiembre del 2017 a las 22:37 horas. Persisten datos de alarma y se envía muestra a revisión por urología ante restos hemáticos en orina.[25]

---

[20] Se entiende por laparotomía exploratoria a la: "apertura quirúrgica del abdomen, y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. La laparotomía exploratoria es una cirugía para observar el interior del abdomen. Por lo general, se realiza para buscar problemas que no fueron diagnosticados mediante otras pruebas." *Cfr*. Peritaje Médico – Legista firmado por el Doctor P2 de 28 de agosto de 2018, que consta en expediente del caso, Pp. 28 y 29.

[21] Se define ureterotomía como: "el acto quirúrgico que consiste en incidir el uretér. La lesión del uréter durante una operación puede ser debida a: liga- dura completa o parcial; aplicación inadvertida de pinzas hemostáticas; sección completa o parcial; resección de un segmento longitudinal; compromiso de su aporte sanguíneo por disección extensa resultando en necrosis y formación de una fístula; y distorsión por una ligadura. La ligadura completa y la sección completa parecen ser las lesiones más frecuentes." Cfr. Peritaje Médico – Legista firmado por el Doctor P2 de 28 de agosto de 2018, que consta en expediente del caso, Pp. 28 y 29.

[22] El Peritaje Médico – Legista firmado por el Doctor P2 de 28 de agosto de 2018 la define como "sutura quirúrgica en la vejiga".

[23] El multicitado dictamen pericial de 28 de agosto de 2018 se refiere a este procedimiento de la siguiente manera: "La nefrostomía percutánea consiste en la colocación, guiada por algún método de imagen (ultrasonido, tomografía computarizada, fluoroscopia), de un catéter dentro del sistema colector renal mediante una punción a través de la piel. Con esto no sólo se pretende obtener un método de diagnóstico preciso, sino también colocar un catéter del calibre adecuado para realizar los drenajes del sistema colector".

[24] *Cfr*. Nota médica de 6 de agosto de 2018 del Hospital General de Mexicali, firmada por el Doctora SP16.

[25] Cfr. Nota de atención de urgencias del Hospital General de Mexicali de 7 de septiembre del 2017 a las 22:37 horas, firmada por SP17.

7. Del recuento general de los hechos y consideraciones médicas descritas a detalle en las respectivas revisiones del expediente, dos peritos indicaron de manera independiente que la atención médica brindada por el Hospital Materno Infantil de Mexicali había sido inadecuada por lo que hace a **V1**, aunque también señalan que se puso en riesgo la vida e integridad de **V3**.

8. En ese sentido, el peritaje de la Médico Legista Doctora **P1** de fecha 25 de junio de 2017, afirma de manera terminante en la Conclusión CUARTA de su informe pericial, lo siguiente:

> "*Tomando en consideración lo descrito, el personal médico que tuvo a su cargo a la paciente en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, dependiente del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, del 08 al 10 y del 14 al 17 de junio de 2017, fue inadecuada al realizar una valoración inadecuada del trabajo de parto, que derivó en un trabajo de parto prolongado interrumpido por cesárea de urgencia en la que se realizó una deficiente revisión de cavidad uterina y se dejaron restos placentarios, por lo que reingresó cuatro días después de haber sido dado de alta con infección de la herida quirúrgica, secreciones vaginales fétidas, realizando nuevamente una inadecuada valoración médica y fue subestimada la urgencia que presentaba, ingresándola a legrado, donde se advirtió plastrón y dehiscencia de aponeurosis e histerorrafia, así como tejido friable, por lo que se realizó Histerectomía Obstétrica, procedimiento durante el cual ocasionaron lesión del uretero izquierdo, ligadura del uretero derecho y lesión vesical, complicado todo esto con necrosis del ovario y trompa izquierdos; ameritando una tercera intervención quirúrgica y pérdida de la posibilidad de concebir definitivamente, como ya se detalló".*

9. Por su parte, el peritaje médico CEDHBC/USP/ML/008/18, rendido por el Doctor **P2**, Perito Médico Legista adscrito a la Unidad de Servicios Periciales de la CEDHBC, señala en sus conclusiones que la atención médica brindada en el caso fue deficiente en los siguientes sentidos:

a) Por lo que hace al número y espaciamiento de atenciones médicas, "las atenciones médicas fueron tardías e insuficientes para brindar el mayor

beneficio y menor daño a la paciente. De igual manera no se cuenta con suficientes notas médicas del trabajo de parto de la paciente, su estancia hospitalaria, sus intervenciones y su egreso, lo que se traduce a una notable ausencia de atenciones médicas".

b) Se omitió la práctica de los estudios adecuados y oportunos para un diagnóstico correcto, con consecuencias graves en la salud de **V1**, ya que si el personal médico involucrado hubiera "realizado los estudios suficientes, adecuados u oportunos se hubiera llevado una evolución menos tortuosa para la paciente con un mejor desenlace. La ausencia de estudios de imagen oportunos dio pie al daño, en particular a lo que compete a riñón y vías urinarias".

c) Finalmente, el peritaje estima que, de las constancias que conforman el expediente clínico de **V1**, se desprende que la atención médica del caso fue inadecuada debido a que de las documentales de mérito se desprenden "una serie de actos de impericia, imprudencia y negligencia por parte de los servicios médicos del Hospital Materno Infantil de Mexicali. La interrupción vía abdominal del embarazo mediante una operación cesárea no claramente justificada, fue un procedimiento que resultó con complicaciones que desencadenaron una serie de eventos que afectaron a la paciente de forma grave e irreversible para la vida y la función."

II. EVIDENCIAS.

10. Obran las siguientes constancias del expediente clínico de **V1**:

10. 1. Ultrasonido obstétrico de **V1**, de fecha 24 de noviembre de 2016.

10. 2. Nota Médica suscrita por la Doctora **SP3**, del Centro de Salud Hidalgo, de 1 de marzo de 2017.

10. 3. Nota de Ingreso a Labor de 8 de junio de 2017 a las 11:00 horas, emitida por el Hospital Materno Infantil.

10. 4. Nota de Evolución de Labor del Hospital Materno Infantil de 8 de junio de 2017 a las 14:00, suscrito por las Doctoras **SP4** y **SP5**.

10. 5. Nota de Evolución de Labor del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 11:00, suscrito por las Doctoras **AR3** y **SP6**.

10. 6. .Nota de evolución de labor del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017.

10. 7. Carta de consentimiento bajo información del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017, sin hora, en el cual se indica cesárea por período expulsivo prolongado.

10. 8. Nota prequirúrgica del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, firmada por **AR1** y **SP7**.

10. 9. Hoja de operaciones del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, firmada por **AR1** y **SP7**.

10. 10. Nota médica toco-cirugía del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:45 horas, sin firma, en el que señala que la intervención de cesárea se practicó “sin sufrimiento fetal referido por ginecología”.

10. 11. Nota posquirúrgica del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 16:00 horas en la que **AR1** y **SP7** aseguran que no hay complicaciones tras cesárea.

10. 12. Nota de egreso de **V1** del Hospital Materno Infantil de 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas en la que **AR2** y **SP8** señalan como diagnóstico final “puerperio inmediato post cesárea más portadora de dispositivo intrauterino” y determinan egreso por “mejoría clínica”.

10. 13. Nota de egreso hospitalario de **V3** del Hospital Materno Infantil de 14 de junio de 2017 a las 12:20 horas que señala que después de que el niño superara el síndrome de dificultad respiratoria secundaria, al iniciar alimentación sin problemas se decide su egreso hospitalario.

10. 14. Nota de admisión del Hospital Materno Infantil de 14 de junio de 2017 a las 20:00 horas, suscrita por el Doctor **SP9**.

10. 15. Nota de evolución de Urgencias del Hospital Materno Infantil de 15 de junio de 2017 a las 7:00 horas, suscrita por las Doctoras **AR3** y **SP6**, en la que se ofrece como diagnóstico "Paciente femenina con los siguientes diagnósticos: puerperio patológico quirúrgico mediato, dehiscencia e infección de herida quirúrgica, deciduitis."

10. 16. Nota de ingreso a Urgencias del Hospital Materno Infantil de 15 de junio de 2017 a las 13:30, suscrito por la Doctora **SP6**.

10. 17. Reporte de ultrasonido endovaginal del Hospital Materno Infantil de 15 de junio de 2017, sin hora, suscrito por la Doctora **SP10**.

10. 18. Carta de consentimiento informado para la aplicación de anestesia del Hospital Materno Infantil, de 15 de junio de 2017, sin hora, para la práctica del lavado quirúrgico.

10. 19. Nota de evolución de Urgencias del Hospital Materno Infantil de 15 de junio de 2017 a las 19:00, en donde se indica que "Se solicita pasar a quirófano para procedimiento quirúrgico, sin embargo por falta de tiempo quirúrgico se difirió en este turno el procedimiento" suscrito por **AR1** y **SP7**.

10. 20. Nota de evolución de Urgencias del Hospital Materno Infantil de 16 de junio de 2017 a las 06:50, en el que se informa que se solicita pasar a quirófano para procedimiento quirúrgico, candidata a AMEU, sin embargo no se otorga procedimiento por área de anestesiología; suscrito por la Doctora **SP11**.

10. 21. Nota prequirúrgica del Hospital Materno Infantil de 16 de junio de 2017 a las 11:00, en la que se precisa que el plan de intervención consistirá en "revisión de cavidad, legrado uterino instrumentado y lavado quirúrgico de dehiscencia de herida." suscrita por **SP7** y **SP6**.

10. 22. Hoja de operaciones del Hospital Materno Infantil de 16 de junio de 2017 a las 11:00, por el que se confirma histerorrafia dehiscente y plastrón de infección; firmado por **SP7** y **SP6**.

10. 23. Nota a mano de 16 de junio de 2017 a las 12:45, que informa que se dieron informes a esposo y madre sobre procedimiento realizándole y los motivos para la toma de la decisión suscrita por **AR2**.

10. 24. Nota posquirúrgica del Hospital Materno Infantil de 16 de junio de 2017 a las 14:30, por revisión de cavidad armada y legrado uterino instrumentado e histerectomía obstétrica, firmada por **SP7** y **SP6**.

10. 25. Nota de valoración de urgencias de 16 de junio de 2017 a las 22:00, por el que se informa que continúa fiebre y alta probabilidad de sepsis. Sin firma ni nombre legibles.

10. 26. Reporte de US Renal del Hospital Materno Infantil de 17 de junio de 2017, sin hora, por el que **SP1** sugiere “por diagnóstico de envío hidratar y repetir el ultrasonido por la tarde o bien mañana de acuerdo a evolución del paciente”.

10. 27. Nota de urgencias de 17 de junio de 2017 a las 00:30, por la que se sugiere Urotac para descartar obstrucción uretral ante falta de gasto en bolsa colectora, sin nombre o firma legibles.

10. 28. Nota de evolución nocturna de Urgencias del Hospital Materno Infantil 17 de junio de 2017 a las 01:00, por el que se prescribe “vigilancia estrecha, continua manejo establecido al momento, pendiente recabar laboratorios de control y Urotac el día de mañana”. Suscrita por el Doctor **SP8**.

10. 29. Nota de evolución del Hospital Materno Infantil de 17 de junio de 2017 a las 12:23, por la que se informa remisión de paciente a Hospital General, para valoración por urología. Firmado por la Doctora **AR2**.

10. 30. Nota de ingreso a Urgencias del Hospital General de Mexicali de 17 de junio de 2017 a las 15:09.

10. 31. Hoja de resultados de imagenología de Hospital General Mexicali de 17 de junio de 2017, por medio de la cual se diagnosticó daño renal, firmado por el Doctor **SP12**.

10. 32. Nota posquirúrgica, Anexo de Hospital General Mexicali de 18 de junio de 2017, sobre operación de laparotomía exploradora, suscrita por el Doctor **SP2**.

10. 33. Patología quirúrgica, citodiagnóstico e inmunohistoquímica, de 19 de junio de 2017, suscrito por la Doctora **SP13**.

10. 34. Nota de evolución de Hospital General Mexicali de 20 de junio de 2017 a las 05:53 horas, en el que se indica: “No exenta de complicaciones como sepsis, choque séptico, coagulación intravascular diseminada, falla renal, sangrado, SDRA, tromboembolia pulmonar, infección microorganismos multirresistentes, neumonía aguda grave, dehiscenias, adherencias, abscesos intraabdominales residuales, abdomen congelado, sepsis abdominal, deterioro rostrocaudal, disfunciones orgánicas, falla orgánica y muerte. Alta mortalidad. Pronóstico reservado para la vida y la función. Muy Grave, Se ignoran secuelas.”

10. 35. Referencia de Hospital General a Hospital Materno Infantil de 26 de junio de 2017, con el siguiente resumen clínico: “Resumen Clínico: Paciente ingresa el día 18/06/17 por abdomen agudo y anuria, se realiza laparotomía exploradora por lesión inadvertida de uretero izquierdo + lesión inadvertida de vejiga + pexia inadvertida de uretero derecho + urinoma retroperitoneal bilateral. Se realiza ureterotomía, cistorrafía + colocación de catéter doble J + ooforectomía + salpingectomía izquierda continuara manejo por consulta externa de urología se envía a HMI para continuar manejo”.

10. 36. Nota de egreso de hospitalización de Hospital General Mexicali, de 6 de agosto de 2017 a las 10:40 horas.

10. 37. Nota de valoración por el Servicio de Cirugía del Hospital General de Mexicali de fecha 24 de agosto de 2017, en el que se indica que **V1** se encuentra "actualmente con IVU complicada, presentando a su ingreso datos de respuesta inflamatoria sistemática, taquicardia, fiebre y leucocitos de 21 mil". Firmada por el Doctor **SP2**.

10. 38. Nota de ingreso de Hospital General Mexicali de 26 de agosto de 2017 a las 07:27 horas, en la que se indica que el motivo de ingreso es infección en vías urinaria complicada, firmada por el Doctor **SP2**.

10. 39. Resumen de historia clínica de **V1** de 25 de septiembre de 2017 en la que se indica la continuación de dolor pélvico.

11. Oficio sin número por el que se remite Informe justificado, rendido ante esta CEDHBC por la Doctora **SP14** de fecha 4 de junio de 2017.

12. Peritaje rendido por la Doctora **P1** en materia Médico – Legista, de 25 de junio de 2017.

13. Certificación de comparecencia de fecha 6 de octubre de 2017, mediante la cual **V1** ratificó la Queja presentada ante la CEDHBC por **VQ1** el 12 de septiembre anterior.

14. Oficio de 10 de noviembre de 2017 mediante el cual la CEDHBC solicita medidas cautelares a favor de **V1** por parte del Titular de la Secretaría de Salud y Director del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD), a fin de brindar de manera inmediata las medidas de salud necesarias para lograr la rehabilitación de la víctima.

15. Oficio 0001706 de 27 de noviembre de 2017 mediante el cual el Titular de la Unidad Jurídica del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California instruye al Director del Hospital General de Mexicali a atender las solicitudes de medidas cautelares a favor de **V1** requeridas por esta CEDHBC.

16. Informe justificado rendido ante la CEDHBC por el Doctor **AR1** de 27 de noviembre de 2017.

17. Oficio sin número por el que se remite Informe justificado, rendido ante la CEDHBC por la Doctora **SP7** de fecha 6 de diciembre de 2017.

18. Oficio sin número por el que se remite Informe justificado, rendido ante esta Comisión Estatal de Derechos Humanos por la Doctora **AR2** de 25 de junio de 2018.

19. Peritaje rendido por el Doctor **P2** en materia Médico – Legista, de 28 de agosto de 2018.

20. Acta de Registro de Atención Ciudadana de 5 de octubre de 2018 a las 12:56 horas, por el cual se da por iniciada la Carpeta de Investigación No. 1 por el delito de responsabilidad médica y técnica, emitida por el Agente del Ministerio Público Orientador del Centro de Justicia Alternativa Penal CJP.

21. Oficio 1066/2018 de 8 de octubre de 2018, a través del cual el que el Titular de la Contraloría Interna del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California anuncia a esta CEDHBC que la antedicha autoridad decidió dictar Acuerdo de Radicación para iniciar la Investigación Administrativa No. 1 por los hechos materia de esta Recomendación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

22. En el expediente del caso de mérito se hallaron dos procedimientos abiertos, a saber, la Carpeta de Investigación No.1 que inició a partir de denuncia de **V1** ante el Centro de Justicia Penal Alternativa en calidad de Ministerio Público orientador, de 5 de noviembre de 2018, así como la Investigación Administrativa No.1, originada a partir de Queja interpuesta por **V1** ante la Contraloría Interna del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California de fecha 8 de noviembre del mismo año.

23. En ambos casos, los procesos se encuentran en fase de integración de los respectivos expedientes.

IV. OBSERVACIONES.

24. Del análisis lógico-jurídico de las evidencias que integran el expediente **CEDHBC/MXL/Q/223/17/3VG**, en términos de lo dispuesto por el artículo 45 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos interpretados conforme a lo dispuesto por el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el organismo público estima que en el caso de especie se cuenta con elementos suficientes para acreditar que las autoridades señaladas como responsables, efectivamente vulneraron los derechos humanos: a la protección de la salud, a la integridad personal, al trato digno y de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica en agravio de **V1**, en atención a las siguientes consideraciones:

25. La salud es un derecho que forma parte del bloque constitucional en derechos humanos, toda vez que se encuentra consagrado por disposiciones de los más altos niveles de jerarquía normativa disponibles en el sistema jurídico mexicano, tales como el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asimismo existen numerosas pautas de *soft law* de niveles diversos de vinculatoriedad y especialización, pero que conforman en conjunto un plexo normativo amplio de obligaciones jurídicas, mecanismos y previsiones tutelares de la dignidad humana a través del respeto al derecho a la salud, así como de la garantía y promoción de este mediante acciones de los Estados para contar con los servicios, infraestructura y personal adecuados para concretar el contenido sustantivo de este derecho.

26. Entre los estándares más elevados en la materia encontramos el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que establece de forma rotunda que toda “persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

27. En el mismo tenor se pronuncian los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), reconocen que el derecho a la salud consiste en el "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

28. El derecho a la salud recibe un acento especial y un ámbito de protección reforzada cuando su titular es una mujer, que además se encuentre en el embarazo, parto o puerperio. En este sentido la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará",[26] en sus artículos 1º y 4º párrafo primero y literales a., b. y e., establece lo siguiente:

> *Artículo 1*
> *Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.*
>
> *Artículo 4*
> *Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:*
> *a. el derecho a que se respete su vida;*
> *b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;*
> *[…]*
> *e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia* […].

29. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos destacó en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de

[26] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará" disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

Derechos Humanos[27] 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 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”.

30. Haciendo eco de lo anterior, los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fija una responsabilidad del Estado de “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria, atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

31. En el mismo sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha ahondado en las consideraciones jurídicas en materia de prevención de violencia contra las mujeres en el marco de los servicios públicos de salud, incluyendo la prevención de la violencia obstétrica como se lee en la Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”,[28] que define a la violencia obstétrica, como: “una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”.

---

[27] Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, disponible en: http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm

[28] Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf

32. De acuerdo con las normas protectoras del derecho a la salud, a la luz de lo dispuesto por el artículo 1º constitucional párrafos primero a tercero, toda autoridad en el ámbito de sus respectivas competencias deben garantizar, respetar, proteger y promover este derecho, y especialmente el personal médico y otros profesionales y técnicos involucrados en el entramado institucional del Sector Salud, en tanto que agentes del Estado deben cumplimentar sus obligaciones constitucionales y convencionales en la materia.

33. En este sentido, es importante insistir en el hecho de que el derecho a la salud es un derecho cuya efectividad no se limita a su enunciación programática, sino que entraña el cumplimiento de obligaciones de hacer por parte del Estado, que son el núcleo de las libertades positivas, que implican no solamente un mandato del Estado de contar con infraestructura o equipamiento, sino también la responsabilidad que el equipo médico debe poner en juego y que se ve manifiesta en la puesta en práctica de conocimientos, habilidades, valores, destrezas y en suma cualquier competencia que permita a la persona profesional de la medicina garantizar que pondrá todos los medios técnicos y cognitivos a su alcance para que el paciente evolucione de forma lo más favorable posible al resultado que busca el Lex Artis Ad *Hoc*, esto es, la adecuada praxis médica.

34. Ahora bien, cuando la praxis médica es deficiente por imprudencia, negligencia o impericia, la persona profesional de la medicina no cumple con sus obligaciones de aportar los medios necesarios a fin de encaminar al paciente a las condiciones necesarias para lograr la salud. Estas deficiencias son propiamente las conductas que, por acción u omisión, constituyen la violación del derecho humano a la salud desde el ámbito de competencia del personal médico del sector de salud pública.

35. La práctica médica se encuentra altamente regulada, sin duda se trata de una de las profesiones que cuenta con más estándares de actuación, reglas técnicas y algoritmos estructurados de atención en casos y situaciones concretas, logrando un nivel de precisión y rigor difícilmente igualable por otras ciencias o disciplinas. Precisamente por ello es posible, por una parte, identificar con precisión las intervenciones y las personas que pudieron desviarse del estándar técnico en determinado momento y con ello, corregir para no llevar al paciente a daños mayores. También de esa regulación minuciosa de la praxis médica se derivan

dos consecuencias prácticas que tienen aplicación en la presente Recomendación, a saber que la responsabilidad médica es de carácter complejo o compartida, y por otra parte, que aunque la responsabilidad se comparte entre equipos médicos en ocasiones muy amplios e incluso interinstitucionales – por ejemplo de más de una unidad clínica o de más de un centro hospitalario –, siempre es identificable la acción u omisión que produce responsabilidad en materia de violación al derecho a la salud, como se podrá demostrar en las consideraciones siguientes.

36. Por su parte, la Red de Defensoría de Mujeres de la Federación Iberoamericana del Ombudsman ha señalado que la violencia obstétrica permaneció mucho tiempo invisibilizada al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, ya que muchos comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres al momento de recibir la prestación de los servicios de salud. Algunos ejemplos de violencia obstétrica que sufren las mujeres: *No atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, Obligar a la mujer a dar a luz en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer, Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnica de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, Practicar el parto por cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, No permitir a la mujer que pueda estar acompañada por una persona de su confianza y elección antes, durante y después del parto."*

37. Finalmente, cabe señalarse que en determinadas ocasiones la subjetividad del paciente impacta de un modo acentuado el grado de daño y por ende, de responsabilidad que se desprende de los hechos constitutivos de violaciones del derecho humano a la salud, como es el caso que nos ocupa al tratarse de una mujer en una situación de doble vulnerabilidad, como es el embarazo y las fases de parto y puerperio, esto es, los momentos – con sus necesidades y riesgos específicos – que proceden al alumbramiento y que involucran una serie de comportamientos físicos especiales, como la involución del útero tras el parto, la necesidad de cuidados higiénicos redoblados para evitar el riesgo de infecciones, entre otros que se mencionarán enseguida y que para la CEDHBC no se

observaron puntualmente en determinados momentos de la atención médica recibida por **V1**.

38. En los siguientes dos apartados se analizarán las acciones u omisiones que a consideración de la CEDHBC constituyeron violaciones de derechos humanos en el presente caso, tanto por lo que hace a la responsabilidad de cada una de las autoridades responsables señaladas (IV.A), como a la desatención a normas técnicas y otras relacionadas en las que incurrió el equipo médico del Hospital Materno Infantil (IV.B).

IV.A. ATENCIÓN MÉDICA INADECUADA EN EL PRESENTE CASO

39. Del análisis del expediente clínico resaltan al menos dos momentos en los cuales se dañó gravemente a **V1** debido a intervenciones médicas que se apartaron de los estándares – como se indicará a mayor detalle posteriormente, las intervenciones quirúrgicas de cesárea a cargo de **AR1**,[29] y de histerectomía obstétrica a cargo de **AR3**;[30] de igual modo, un momento puntual de omisión que

[29] Al respecto se cuenta con información que consta en los siguientes documentos de expediente: a. Nota prequirúrgica del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, firmada por **AR1** y **SP7**; b. Hoja de operaciones del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, firmada por **AR1** y **SP7**. c. Nota médica toco-cirugía del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 15:45 horas, sin firma, en el que señala que la intervención de cesárea se practicó "sin sufrimiento fetal referido por ginecología"; d. Nota posquirúrgica del Hospital Materno Infantil de 9 de junio de 2017 a las 16:00 horas en la que **AR1** y **SP7** aseguran que no hay complicaciones tras cesárea, y e. Informe justificado rendido ante la CEDHBC por el Doctor **AR1** de 27 de noviembre de 2017.

[30] Al respecto se cuenta con información que consta en los siguientes documentos de expediente: a. Nota de egreso de **V1** del Hospital Materno Infantil de 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas en la que **AR2** y el Doctor **SP8** señalan como diagnóstico final "puerperio inmediato post cesárea más portadora de dispositivo intrauterino" y determinan egreso por "mejoría clínica"; b. Nota de egreso hospitalario de **V3** del Hospital Materno Infantil de 14 de junio de 2017 a las 12:20 horas que señala que después de que el niño superara síndrome de dificultad respiratoria secundaria, al iniciar alimentación sin problemas se decide su egreso hospitalario. c. Nota prequirúrgica del Hospital Materno Infantil de 16 de junio del 2017 a las 11:00, en la que se precisa que el plan de intervención consistirá en "revisión de cavidad, legrado uterino instrumentado y lavado quirúrgico de dehiscencia de herida." suscrita por **SP7** y **SP6**; d. Hoja de operaciones del Hospital Materno Infantil de 16 de junio del 2017 a las 11:00, por el que se confirma histerorrafia dehiscente y plastrón de infección; firmado por **SP7** y **SP6**; e. Nota a mano de 16 de junio del 2017 a las 12:45, que informa que se dieron informes a esposo y madre sobre

agravó la situación de **V1**, a saber, la deficiente valoración post-operatoria por la cual la médica **AR2**[31] determinó la alta y egreso de **V1** después de la cesárea, pese a que los eventos posteriores acreditaron que había factores que debieron valorarse tempranamente para evitar la sepsis puerperal que posteriormente se verificó, así como por desatender al hecho de que **V3** seguía hospitalizado debido a neumonía intrauterina.

40. A fin de entender el marco de referencia que nos permitirá practicar una evaluación jurídica de los hechos materia de esta Recomendación es preciso fijar el estándar de lo que en buena práctica médica se califica como "trabajo de parto normal", así como los casos en los que es absolutamente indicada la cesárea y el modelo de práctica adecuada de la misma.

41. Como registra el Peritaje Médico Legista rendido ante esta CEDHBC por el Doctor **P2** el 25 de junio de 2017, se entiende por "parto normal" aquel que tiene un comienzo espontaneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace de forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional, luego tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

42. La literatura especializada admite al menos cinco fases del trabajo de parto, a saber: a) fase de dilatación, que demora un promedio de nueve a diez horas en mujeres nulíparas – o que no han tenido partos previos –, y de ocho horas para

---

procedimiento realizándole y los motivos para la toma de la decisión suscrita por **AR2**. f. Nota posquirúrgica del Hospital Materno Infantil de 16 de junio del 2017 a las 14:30, por revisión de cavidad armada y legrado uterino instrumentado e histerectomía obstétrica, firmada por **SP7** y **SP6**.

[31] Al respecto obran en expediente las siguientes constancias: a. Nota de egreso de **V1** del Hospital Materno Infantil de 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas en la que **AR2** y Doctor **SP8** señalan como diagnóstico final "puerperio inmediato post cesárea más portadora de dispositivo intrauterino" y determinan egreso por "mejoría clínica"; b. Nota de egreso hospitalario de **V3** del Hospital Materno Infantil de 14 de junio de 2017 a las 12:20 horas que señala que después de que el niño superara síndrome de dificultad respiratoria secundaria, al iniciar alimentación sin problemas se decide su egreso hospitalario; c. Nota a mano de 16 de junio del 2017 a las 12:45, que informa que se dieron informes a esposo y madre sobre procedimiento realizándole y los motivos para la toma de la decisión suscrita por **AR2**, y d. Oficio sin número por el que se remite Informe justificado, rendido ante esta CEDHBC por la Doctora **AR2** de fecha 25 de junio de 2018.

mujeres multíparas; b) fase latente, en el cual tienen lugar contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación de hasta 4 centímetros; esta fase tiene una duración promedio de seis a siete horas en pacientes nulíparas y de cuatro a cinco en pacientes multíparas; c) fase activa, en la que hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 centímetros; d) segundo periodo del trabajo de parto, o fase de expulsión, la cual inicia desde que se completa la dilatación al llegar a los diez centímetros, y concluye con la expulsión del feto; tiene una duración promedio de treinta y tres minutos en pacientes primigestas y ocho punto cinco (8.5) minutos en pacientes multigestas; finalmente, e) tercer periodo del trabajo de parto (o fase de alumbramiento), es el periodo comprendido desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas, y tiene una duración promedio de cinco minutos.

43. Ahora bien, en determinados casos el proceso estándar de parto no es posible debido a que se presenten o confluyen una o más de las siguientes causas maternas, fetales o mixtas:

A) Causas maternas:
A.1 Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):
A.1.1 Estrechez pélvica;
A.1.2 Pelvis asimétrica o deformada;
A.1.3 Tumores óseos de la pelvis.
A.2 Distocia de partes blandas:
A.2.1 Malformaciones congénitas;
A.2.2 Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto;
A.2.3 Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas;
A.2.4 Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.
A.3 Distocia de la contracción.

A.3.1 Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta);
A.3.2 Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.
B. Causas fetales:
B.1 Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
B.2 Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
B.3 Prolapso de cordón umbilical.
B.4 Sufrimiento fetal.
B.5 Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
B.6 Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal.
B.7 Cesárea posmortem.
C. Causas mixtas:
C.1 Síndrome de desproporción cefalopélvica.
C.2 Preeclampsia/eclampsia.
C.3 Embarazo múltiple.
C.4 Infección amniótica.
C.5 Isoinmunización materno-fetal.

44. Como se desprende de las constancias que conforman el expediente del caso que nos ocupa, en ninguna de las notas médicas de ingreso o evolución, así como tampoco en el formato por el que se hizo constar el consentimiento informado se justificó la práctica de la cesárea bajo alguna de las condiciones para su absoluta indicación, es decir, a la luz de la literatura especializada parecería que la decisión que adoptaron los médicos encargados de la intervención careció de un ejercicio de consideración fundada sobre la idoneidad y necesidad de proceder, sobre todo tomando en cuenta el carácter excepcional, de *extrema ratio* que debe tener la intervención gineco-obstétrica en estos casos.

45. Las autoridades médicas encargadas del caso, concretamente **AR1**, desatendieron la obligación de especificar detalladamente la causa por la que se practicó la cesárea. En efecto, conforme a la Hoja de Trabajo de Parto

(Partograma), la paciente fue recibida desde las 7:40 horas del 8 de junio de 2017. El partograma precisa que al momento de su ingreso presentaba 70% de borramiento y 2 centímetros de dilatación cervical, con indicación de pasar al área de Labor. Conforme a ese registro, se practicaron en total 10 tactos vaginales en 30 horas, inobservando con ello lo establecido en la Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal, que indica que realizar más de 5 tactos vaginales incrementa el riesgo de desarrollar una infección puerperal, como en efecto ocurrió en el caso que nos ocupa. Cabe señalar, asimismo, que, desde las 14:00 horas del 9 de junio de 2017 se reportó con la dilatación y borramiento completos del cérvix, lo cual era indicativo de que podía dirigirse el trabajo de parto, por cursar con la dilatación cervical completa, sin necesidad de la intervención de cesárea que posteriormente se practicó.

46. Cabe señalar que el expediente no incluye constancia relevante alguna que refiera si **V1** fue llevada a la sala de labor para la atención del parto, las condiciones en las cuales ingresó el binomio, los registros de frecuencia cardiaca fetal o cuál fue el manejo brindado a partir que se reportó con la dilatación completa del cérvix; la única constancia anexa al expediente a este respecto es la Nota Prequirúrgica de 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, en la que se establece que la paciente cursaba *con trabajo de parto en fase activa más expulsivo prolongado*, por lo cual se indicó la interrupción del embarazo vía abdominal, es decir, se pasó directamente de la labor de parto a la indicación de cesárea sin especificar la evolución o factor de riesgo específico por el cual se indicaba cesárea. Con las acciones y omisiones de mérito se incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, 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 Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal y la Guía de la Cesárea Segura.

47. El 9 de junio de 2017 a las 15:00 horas, **V1** ingresó a quirófano para la realización de la *cesárea*, dando a luz a las 15:20 horas a **V3**, quien manifestó circular de cordón a cuello, líquido de aspecto meconial, *aleteo nasal permanente, quejido audible a distancia y tiros intercostales bajos, tórax con movimientos simétricos, hemitórax derecho hipoventilado, integrando los diagnósticos de recién nacido de término de 41.1 semanas de gestación por Capurro, peso adecuado*

para edad gestacional y probable neumonía intrauterina. A pesar de que se dio un sangrado de dos mil mililitros, ni la nota postoperatoria ni otra constancia precisó el motivo.

48. Cabe enfatizar que la dilatación y borramiento cervical se reportaron completos desde las 14:00 horas del 9 de junio de 2017; sin embargo, el producto de la gestación nació hasta las 15:20 horas, es decir, más de una hora después de estar completo el periodo expulsivo, sin que se encuentre agregado un registro de la vigilancia de los signos vitales de la paciente ni del producto, las condiciones en las cuales ingresó el binomio, los registros de frecuencia cardiaca fetal o cuál fue el manejo brindado durante este período de tiempo.

49. El 10 de junio de 2017 a mediodía se indicó el egreso de la paciente a su domicilio, por reportarla en buenas condiciones generales. Sin embargo, apenas 4 días después de haber egresado del Hospital Materno Infantil de Mexicali, **V1** regresó al nosocomio a las 20:00 horas señalando salida de pus por la herida quirúrgica, fiebre no cuantificada y dolor a nivel de la herida quirúrgica, encontrándola en ese momento a la exploración física con febrícula, herida con salida de material purulento, cérvix permeable, procediendo a en ese momento a liberar los puntos de la sutura de piel de la herida quirúrgica, encontrando abundante material purulento en tejido subcutáneo, por lo que se indicó su ingreso al área de labor, se solicitaron pruebas de laboratorio y se integró el diagnóstico de *Puerperio Patológico post Cesárea e Infección de Herida Quirúrgica*.

50. El 15 de junio de 2017 a las 07:00 horas, se registró que la paciente refería dolor en la herida quirúrgica, signos vitales normales, afebril, mamas escasamente secretantes, no congestivas, turgentes, abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, con dolor leve a la palpación media y profunda, peristalsis presente, útero subinvolucionado a nivel de cicatriz umbilical, herida quirúrgica abierta, con abundante fibrina, genitales externos normales, tacto vaginal con cérvix abierto a 2 centímetros, salida de loquios serohemáticos francamente fétidos, y subinvolución uterina. A las 13:30 horas, de ese mismo día, se reportó a la paciente con dolor abdominal intenso a la palpación y ataque al estado general, nuevamente con febrícula (37.5°C), abdomen con dehiscencia de herida quirúrgica con abundante salida de material purulento, peristalsis disminuida, dolor a la

palpación bimanual superficial, tacto vaginal con cérvix permeable en todo su trayecto, se intentó delimitar el grado de profundidad de la herida quirúrgica; sin embargo, no fue posible por el intenso dolor que refirió la paciente, confirmándose además la presencia de leucocitosis de 12,000 (normal 5000-1000); indicando continuar con doble antibioticoterapia empírica y revalorar en días siguientes, quedando pendiente realizar aseo quirúrgico, toma de cultivo de la herida quirúrgica y solicitando la valoración por el especialista en Cirugía General para el día siguiente, cuando lo indicado era su inmediata valoración para ingreso a lavado quirúrgico de herida y realización urgente de legrado por los hallazgos descritos con subinvolución uterina referida, intenso dolor y loquios francamente fétidos; inadecuadamente se dejó en ayuno y resto del tratamiento sin cambios.

51. Como señala el Peritaje Médico Legista de **P1** de 25 de junio de 2017:

> *Ese día, 15 de junio de 2017, le fue realizado un ultrasonido endovaginal en el que se evidenció 'engrosamiento endometrial heterogéneo, en relación a presencia de probables restos fetoplacentarios'; corroborándose con este estudio que la paciente presentaba restos de placenta intrauterinos y era la causa de los loquios francamente fétidos, la fiebre y el mal estado general de la paciente, que ameritaba inmediata atención, lo cual confirma la inadecuada valoración de la cavidad uterina y corroborar que no existiera más restos de placenta durante el procedimiento quirúrgico, incumpliendo con lo referido 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 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, incrementando así el riesgo de desarrollar un proceso infeccioso puerperal como el que presentó.*
>
> *A pesar de contar con el reporte del ultrasonido y los datos clínicos manifestados por la paciente, con los cuales estaba confirmado que presentaba retención de restos placentarios, infección de la herida quirúrgica y datos de un proceso séptico puerperal, el cual se considera una emergencia obstétrica, que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata, fue hasta el siguiente día 16 de junio de 2017 a las 06:50 horas, es decir, cursando ya su segundo día de estancia intrahospitalaria, cuando*

se indicó que pasara a sala de cirugía para que se le realizara AMEU (Aspiración Manual Endouterina); sin embargo, se registró que el personal de anestesiología, no otorgó tiempo para el procedimiento, lo cual retrasó aún más el manejo quirúrgico, incumpliendo con lo establecido en la Guía de referencia rápida. Detención y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

52. Cabe mencionar que no se explicitan los nombres del denominado "personal de anestesiología". Por su parte, los restos placentarios en útero fueron más tarde confirmados por el estudio de patología, en los siguientes términos referidos por el antecitado Peritaje de **P1**:

No omitimos mencionar que, como ya se indicó, mediante el procedimiento inicial de legrado se obtuvieron restos placentarios, confirmando con esto, la inadecuada valoración y aseo de cavidad uterina durante la cesárea, según lo referido en la nota del recién nacido de 9 de junio de 2017 a las 15:45 horas "cavidad caliente y fetidez intrauterina"; asímismo, se advirtió la dehiscencia de la sutura de la aponeurosis y del útero, así como un plastrón de pus; hallazgos todos secundarios al proceso infeccioso severo ocasionado por la retención de los restos placentarios, que se confirmó con lo reportado en el Estudio Histopatológico del 19 de junio de 2017, en el que se plasmó "… DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA, CON NECROSIS E INFLAMACIÓN AGUDA INESPECÍFICA DE LOS BORDES, RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS, HEMATOMETRA, CERVICITIS AGUDA Y CRÓNICA INESPECÍFICA. EROSIONADA Y HEMORRÁGICA".

53. Lo anterior reitera una vez más la deficiente atención quirúrgica recibida por **V1** durante la cesárea conducida por el Doctor **AR1**, así como su falta de supervisión del personal auxiliar, particularmente la médica residente **SP7**, cuya actuación se encontraba bajo responsabilidad de **AR1** como médico titular.

54. Como concluye la referida opinión médica de **P1**:

*La atención médica brindada a **V1**, en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, dependiente del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, del 08 al 10 de junio de 2017, fue inadecuada por lo siguiente:*

A) *Con antecedente de citas de control prenatal en 4 ocasiones, el 08 de junio de 2017 a las 09:00 horas, acudió por referir dolor tipo obstétrico, cursando en ese momento con 41.2 semanas de gestación; se integró el diagnóstico de Primigesta de 41.2 semanas de gestación por ultrasonido + Trabajo de Parto Fase Latente; motivo por el cual se indicó adecuadamente su ingreso para vigilancia, inducción y conducción del trabajo de parto, manejo médico adecuado, de acuerdo a 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.*

B) *Según consta en la Hoja de Trabajo de Parto (Partograma), la paciente fue recibida desde las 07:40 horas del 8 de junio de 2017, con indicación de pasar al área de Labor; la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal se inició desde las 09:00 horas de ese día 8 de junio de 2017 y así cada media hora hasta las 14:00 horas del 9 de junio de 2017, con reportes dentro de la normalidad; asimismo, un total de 10 tactos vaginales en el mismo tiempo referido (30 horas), lo cual incumple con lo establecido en la Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal, en la que se refiere que realizar más de 5 tactos vaginales incrementa el riesgo de desarrollar una infección puerperal, como en este caso en particular; sin que pase desapercibido que, desde las 14:00 horas del 9 de junio de 2017 se reportó con la dilatación y borramiento completos del cérvix, lo cual era indicativo de que podía dirigirse el trabajo de parto, por cursar con la dilatación cervical completa.*

C) *Sin tener constancia escrita agregada al expediente, que refiera si la paciente pasó a sala de labor para la atención del parto, las condiciones en las cuales ingresó el binomio, los registros de frecuencia cardiaca fetal o cuál fue el manejo brindado a partir que se reportó con la dilatación completa del cérvix, lo cual incumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, 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 Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal y la Guía de la Cesárea Segura.

D) *La paciente ingresó a sala de cirugía a las 15:00 horas del 09 de junio de 2017, para realización de cesárea de urgencia por expulsivo prolongado, con cavidad caliente y fetidez intrauterina, reporte de sangrado de 2000 mililítros, sin precisar a expensas de qué fue tan elevado el sangrado reportado, se concluyó el procedimiento y la paciente pasó a recuperación con manejo médico, sonda transuretral y reportar eventualidades.*

E) *Se registró que la paciente cursaba con buena evolución, por lo que el 10 de junio de 2017, se indicó el egreso a su domicilio, por reportarla en buenas condiciones generales, con prescripción de medicamentos y cita en 10 días a Centro de Salud para valorar retiro de puntos y revisión de DIU en un mes.*

55. Ahora bien, con respecto a la intervención de histerectomía obstétrica, **V1** ingresó a quirófano a las 14:30 horas del 16 de junio de 2017, es decir, más de 8 horas después de haberse solicitado la intervención quirúrgica, para que le fuera realizada *revisión de cavidad, legrado uterino instrumentado y lavado de dehiscencia de herida quirúrgica*, procedimiento que se inició con exploración bimanual del útero, histerometría de 17 centímetros (medición de la longitud del útero), salida de material organizado y probables restos deciduales (placenta) que se enviaron a patología, se realizó revisión de cavidad, curetaje y legra, obteniendo moderado tejido decidual; posteriormente se realizó lavado de herida quirúrgica, advirtiendo dehiscencia de aponeurosis, útero adherido a la pared, plastrón purulento sobre el mismo, dehiscencia de la histerorrafia y tejido friable con fácil sangrado.

56. Como sigue revelando el expediente clínico, en esta segunda intervención las deficiencias con graves consecuencias para la salud también se hicieron patentes. Por ejemplo, a las 00:30 horas del 17 de junio de 2017, 12 horas después de la

cirugía referida, se reportó sin gasto en bolsa colectora de la sonda transuretral, por lo que se solicitó la realización de urotomografía para descartar una obstrucción ureteral, estudio del que no se encuentra agregado el reporte al expediente clínico, lo cual incumple con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Asimismo, se le realizó un ultrasonido renal el 17 de junio de 2017, en el que se demostró *"Dilatación de pelvis renal en forma bilateral de hasta 2 centímetros, vejiga sin orina alguna"*, es decir, que la orina se estaba reteniendo en ambas pelvis renales y no llegaba a la vejiga para su expulsión.

57. Siendo las 12:55 horas del 17 de junio de 2017, se indicó el traslado de la paciente al Hospital General de Mexicali para su valoración por el especialista en Urología por *Probable Lesión Inadvertida de Vejiga vs Lesión en uretero*, de acuerdo a las manifestaciones clínicas y al resultado del ultrasonido, es decir, que la paciente no había orinado desde la última cirugía, casi un día entero antes. En la nota de ingreso de las 16:32 horas, se registró que en el nosocomio de referencia también se advirtió salida de orina por la herida quirúrgica y ausencia de gasto urinario posterior a la histerectomía, se agregó que el reporte de la Urotomografía evidenció "*fuga de orina en tercio distal del uréter izquierdo y ausencia de eliminación del riñón derecho con hidronefrosis"*.

58. Conforme al Peritaje Médico Legista de **P1**:

> *Ese mismo 17 de junio de 2017, la paciente ingresó a sala de cirugía, para realización de Laparotomía Exploradora; procedimiento en el que se tuvieron como hallazgos transquirúrgicos "supuración espontánea de 500 cc de material purulento, se realiza drenaje de los mismos… se diseca retroperitoneo hasta encontrar uretero (izquierdo), se sigue trayecto evidenciando uterotomía y fuga de orina, así como urinoma franco en retroperitoneo… trompa de falopio y ovario izquierdo necróticos e isquémicos por lo que se realiza oforectomía y salpingectomía… se disecan tejidos hasta exponer uretero derecho, se observa Pexia del mismo… se procede a colocar catéter doble J mediante cistoscopía… se procede a fistulizar uretero izquierdo con sonda de alimentación número 8 y se fija y exterioriza en fosa iliaca izquierda. Hay adecuada salida de orina… lesión*

inadvertida de 3 centímetros en vejiga con tejido friable", hallazgos que significan que, en el nosocomio de referencia al realizarle la Histerectomía Obstétrica (16 de junio de 2017), le ocasionaron una lesión del uretero izquierdo, ligadura del uretero derecho y lesión vesical de 3 centímetros, complicado todo esto con necrosis del ovario y trompa izquierdos, que ameritaron en ésta última intervención quirúrgica la resección del ovario y trompa izquierdos, sutura de la vejiga y uréter izquierdo y liberación de la ligadura del uréter derecho con colocación de catéter doble J.

59. Y más adelante, la misma documental emitida por la experta en medicina legal concluye sobre esta segunda intervención quirúrgica, lo siguiente:

*La atención médica brindada a **V1** en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, dependiente del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, del 14 al 17 de junio de 2017, fue inadecuada por lo siguiente:*

A) *El 14 de junio de 2017, acudió refiriendo salida de pus por la herida quirúrgica, fiebre no cuantificada y dolor a nivel de la herida quirúrgica, por lo que se indicó su ingreso al área de labor, se solicitaron laboratoriales y se integró el diagnóstico de Puerperio Patológico post Cesárea e Infección de Herida Quirúrgica.*

B) *El 15 de junio de 2017, la paciente refirió dolor leve a moderado en la herida quirúrgica, con útero subinvolucionado a nivel de cicatriz umbilical, herida quirúrgica abierta, abundante fibrina, cérvix abierto a 2 centímetros, salida de loquios serohemáticos francamente fétidos, se indicó continuar con tratamiento antibiótico intravenoso a doble esquema, curaciones de la herida quirúrgica y valoración por el especialista en Cirugía. A pesar de describir que presentaba subinvolución uterina y loquios francamente fétidos, los médicos tratantes solicitaron inadecuadamente que fuera valorada por el especialista en Cirugía General, subestimando que la paciente estaba en periodo de puerperio y que de acuerdo a los datos clínicos mostrados, debía ser valorada por un Ginecólogo y/o Perinatólogo de forma inmediata para descartar o confirmar el diagnóstico de sepsis*

puerperal; toda vez que esta patología está considerada como una urgencia obstétrica, lo cual incumple con lo referido por Guía de referencia rápida. Detención y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

C) *A las 13:30 horas, del 15 de junio de 2017, se reportó con dolor abdominal intenso, ataque al estado general, febrícula, dehiscencia de herida quirúrgica con abundante salida de material purulento, dolor a la palpación bimanual superficial, confirmándose además por laboratorio la presencia de leucocitosis de 12,000; solicitando la valoración por el especialista en Cirugía General para el día siguiente, cuando lo indicado era su inmediata valoración para ingreso a lavado quirúrgico de herida y realización urgente de legrado por los hallazgos descritos con subinvolución uterina referida, intenso dolor y loquios francamente fétidos, inadecuadamente se dejó en ayuno y resto del tratamiento sin cambios.*

D) *Ese día, 15 de junio de 2017, le fue realizado un ultrasonido endovaginal con el que se corroboró que la paciente presentaba restos de placenta intrauterinos, que ameritaba inmediata atención, lo cual confirma la inadecuada valoración de la cavidad uterina y corroborar que no existiera más restos de placenta durante el procedimiento quirúrgico, incumpliendo con lo referido 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 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, incrementando así el riesgo de desarrollar un proceso infeccioso puerperal como el que presentó.*

E) *A pesar de contar con el reporte del ultrasonido y los datos clínicos que confirmaban que presentaba retención de restos placentarios, infección de la herida quirúrgica y datos de un proceso séptico puerperal, que es una emergencia obstétrica, fue hasta el siguiente día 16 de junio de 2017, es decir, cursando ya su segundo día de estancia intrahospitalaria,*

cuando se indicó que pasara a sala de cirugía para que se le realizara AMEU; sin embargo, el personal de anestesiología, no otorgó tiempo para el procedimiento, lo cual retrasó aún más el manejo quirúrgico, incumpliendo con lo establecido en la Guía de referencia rápida. Detención y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

F) *La paciente ingresó a quirófano hasta las 14:30 horas del 16 de junio de 2017, es decir, más de 8 horas después de haberse solicitado la intervención quirúrgica, para que le fuera realizada revisión de cavidad, legrado uterino instrumentado y lavado de dehiscencia de herida quirúrgica, procedimiento en el que se tuvo salida de material organizado y probables restos deciduales (placenta), se realizó revisión de cavidad, curetaje y legra, obteniendo moderado tejido decidual; posteriormente se realizó lavado de herida quirúrgica, advirtiendo dehiscencia de aponeurosis, útero adherido a la pared, plastrón purulento sobre el mismo, dehiscencia de la histerorrafia y tejido friable con fácil sangrado, motivo por el cual se decidió realizar Histerectomía Obstétrica, la pieza quirúrgica fue enviada a patología, el procedimiento se concluyó, con indicación de pasar a sala de recuperación, soluciones parenterales, analgésicos, antibióticos, cuidados generales, sonda transuretral, laboratorios de control y reportar eventualidades.*

G) *Confirmando la inadecuada valoración y aseo de cavidad uterina durante la cesárea, según lo referido en la nota del recién nacido de 9 de junio de 2017 a las 15:45 horas "cavidad caliente y fetidez intrauterina"; asimismo, se advirtió la dehiscencia de la sutura de la aponeurosis y del útero, así como un plastrón de pus; hallazgos todos secundarios al proceso infeccioso severo ocasionado por la retención de los restos placentarios, que se confirmó con lo reportado en el Estudio Histopatológico del 19 de junio de 2017.*

H) *Cursando 12 horas aproximadamente de postquirúrgico, se reportó sin gasto en bolsa colectora de la sonda transuretral (orina), por lo que se*

solicitó la realización de Urotomografía para descartar una obstrucción ureteral, estudio del que no se encuentra agregado el reporte al expediente clínico, lo cual incumple con lo establecido por La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; asimismo, se le realizó un ultrasonido renal el 17 de junio de 2017, en el que se demostró que la orina se estaba reteniendo en ambas pelvis renales y no llegaba a la vejiga para su excreción, por lo que siendo las 12:55 horas del 17 de junio de 2017, se indicó el traslado de la paciente al Hospital General de Mexicali para su valoración por el especialista en Urología por Probable Lesión Inadvertida de Vejiga vs Lesión en uretero.

60. Es preciso tener en consideración que la afección que lastimó la salud e integridad física y emocional de **V1** no es una dolencia extraordinaria, sino una que tiene alta probabilidad de ocurrir en caso de mala práctica gineco-obstétrica. La fiebre y la sepsis puerperales, catalogadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades como dos de las principales causas previsibles de morbimortalidad materna, cuentan entre sus causas los partos atendidos en condiciones de poca higiene, maniobras obstétricas y la cesárea. Las complicaciones maternas incluyen septicemia, shock séptico, peritonitis, formación de abscesos, compromiso futuro de la fertilidad y muerte.[32] Precisamente por ello, las precauciones que se debieron tomar en el caso debieron ser de rutina, altamente previsibles y tendencialmente efectivas. Las complicaciones mencionadas dan cuenta de que tales precauciones no fueron adoptadas por el personal médico involucrado en las operaciones descritas anteriormente.

61. Por lo que hace a **AR2**, la nota de egreso de 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas describe una herida bien afrontada sin inflamación ni sangrado y la salida de loquios hemáticos escasos no fétidos; tampoco se indica si se realizaron otros estudios o se practicaron otros medios de verificación para dar el alta a la paciente, esto a pesar de que la Nota del recién nacido de 09 de junio de 2017 a las 15:45 horas registraba “cavidad caliente y fetidez intrauterina”.[33]

---

[32] *Cfr*. Peritaje rendido ante la CEDHBC por P2 de fecha 25 de junio de 2017.

[33] *Cfr.* La nota de egreso del 10 de junio de 2017 a las 16:00 horas, elaborada por la Doctora AR2

62. Conforme a las observaciones presentadas por el Perito Médico – Legista Doctor **P2**, en informe de 28 de agosto de 2018, mismo que consta en expediente, esta alta por mejoría clínica se da por haber pasado veinticuatro horas del acto quirúrgico, pero además de que las consecuencias posteriores son prueba de que no hubo una revisión exhaustiva de las condiciones de la paciente, el hecho de que **V3** se encontrara aún hospitalizado bajo diagnóstico de neumonía intrauterina era razón suficiente para mantener a **V1** hospitalizada y en observación por la salida de loquios hemáticos, al menos por veinticuatro horas más. La falta de exhaustividad en la revisión de posibles riesgos de infección en **V1** al darla de alta fue un factor que incrementó posibilidad, finalmente materializada.

63. Por lo anterior, cabe resumir las responsabilidades individuales señaladas en párrafos precedentes conforme a la siguiente tabla:

AR	Fecha y hora (por cronología de intervención)	Acción u omisión	Cómo afectó a V1
AR1	9 de junio de 2017 15:00 horas	▪ Omitir incorporar a expediente clínico constancia de que hubiera factores que justificaran la indicación de cesárea. ▪ Omitir justificar conforme a normas técnicas la necesidad de la cesárea. ▪ Omitir supervisar debidamente al personal médico y auxiliares a su cargo durante la cesárea, particularmente la residente SP6. ▪ No haber sido exhaustivo en las medidas de higiene, en el lavado de heridas y cavidad uterina, principalmente para lograr retiro efectivo de restos placentarios.	Las acciones y omisiones de AR1 fueron la principal causa de las complicaciones posteriores, que condujeron a V1 a estar ante riesgo de sepsis puerperal y muerte, además, que le hicieron perder el útero, un ovario, trompa de falopio, ureteros, un riñón e impidieron en definitiva la continuación de vida reproductiva y actividad urinaria normal.
AR2	10 de junio de 2017 16:00 horas	▪ Autorizar el egreso de V1 del Hospital Materno Infantil sin tomar en cuenta riesgos derivados del hecho apuntado	Al no realizar una revisión exhaustiva de las condiciones de V1 por la

		en nota de recién nacido que registra “cavidad caliente y fetidez intrauterina”. ▪ Autorizar el egreso de V1 del Hospital Materno Infantil sin extremar las medidas para verificar que no hubiera riesgos de infección o sepsis puerperales. ▪ Autorizar el egreso de V1 del Hospital, pese a que V3 aún se encontraba hospitalizado por neumonía intrauterina.	salida de líquidos hemáticos, se materializó la infección que conllevó a las complicaciones que dieron origen a la Recomendación.
AR3	16 de junio de 2017 14:30 horas	▪ Omitir recabar consentimiento informado de forma clara, comprensible y directa con paciente. ▪ Omitir cuidados necesarios para que la intervención de histerectomía y otros procedimientos asociados se hiciera con el cuidado necesario, al dañar ureterales. ▪ Omitir una práctica médica efectiva que previniera de manera exhaustiva la infección.	El daño orgánico causado por la cesárea se incrementó, la paciente no consideró que se le hubiera hecho consciente de la intervención a la que sería sometida y a sus consecuencias, y la infección no sólo no se curó, sino que se agravó.

IV.B. INOBSERVANCIA DE NORMAS TÉCNICAS EN MATERIA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y SUPERVISIÓN A RESIDENCIAS MÉDICAS

64. En la Recomendación General 29 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, párrafo 35, se indica que “la debida integración de un expediente clínico o historial 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”.

65. Al respecto, la Comisión Estatal quiere reiterar a las instituciones que brindan servicios de salud pública en el Estado que es preciso adoptar medidas para hacer efectiva la observancia de todo el personal médico de la norma oficial mexicana "Del expediente clínico", la cual es obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

66. La NOM-004-SSA3-2012 "Sobre el expediente clínico", prevé que éste "[...] es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables"

67. A lo largo del expediente, como se desprende de su revisión así como de las observaciones presentadas en los peritajes médico – legistas rendidos ante la Comisión Estatal por los peritos **P1** y **P2**, se advirtieron omisiones a la NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico". Entre otras irregulares, se advierte que el expediente se encuentra en desorden, hay notas médicas en las cuales no se asientan los nombres completos de los médicos, no se encuentra constancia escrita del 09 de junio de 2017 en la que se refiera si la paciente pasó a sala de labor para la atención del parto, lo cual habría sido altamente revelador sobre si el equipo médico observó las normas técnicas para indicar la cesárea o si ésta no estaba justificada – como se desprende de la oscuridad y total omisión que el expediente tiene en el tema –, se obviaron las condiciones en las cuales ingresó el binomio materno – fetal a cesárea, los registros de frecuencia cardiaca fetal o cuál fue el manejo brindado a partir que se reportó con la dilatación completa del cérvix. Del mismo modo, no se anexó reporte de la Urotomografía del 17 de junio de 2017, que pudo dar información más precisa acerca de las complicaciones derivadas de la cesárea y la histerectomía ulterior.

68. A lo anterior es preciso agregar que hay notas médicas en las que faltan fechas, horas, firmas de los médicos responsables o sus nombres, o bien, estos datos no son legibles. En la mayoría de las notas médicas faltan sellos.

69. Cabe señalar que esta Comisión Estatal dentro de las Recomendaciones 2/2016, 5/2016, 14/2016, 9/2017 y 3/2018, observó la violación sistemática al derecho a la protección de la salud, al encontrarse en todos los sumarios analizados, irregularidades en la integración del expediente clínico lo que impide la calidad en este derecho y la garantía del mismo.

70. Por lo que hace al consentimiento informado, es notorio que en el caso que nos ocupa, particularmente en torno a las dos intervenciones quirúrgicas conducidas por **AR1** y **AR3**, los médicos no fueron eficaces al brindar información a **V1** que fuera clara e inequívoca sobre los procedimientos que ejecutarían, de modo tal que ella comprendiera efectivamente las intervenciones quirúrgicas a las que habría de ser sometida, así como sus respectivas consecuencias.

71. El hecho de que ni **V1** ni sus familiares recordaran haber sido consultados sobre estas intervenciones y sus consecuencias, pese a que consten documentos en los que se asegura que así fue e incluso se hayan recabado las firmas de las personas usuarias de los servicios, es indicativo de que aunque se hubiera cumplido con el requisito formal del consentimiento informado, éste no fue observado en lo esencial debido a que **V1** no comprendió lo que suscribía ni se advierte de sus declaraciones que hubiera entendido o comprendido los alcances que tendrían las intervenciones a las que fue sometida y que dañaron sus sistemas reproductor y urinario de manera grave y permanente.

72. Por ello, la Comisión Estatal reitera el criterio conforme al cual el consentimiento informado no debe ser dado por satisfecho como si se tratara del mero cumplimiento de un trámite, sino que debe practicarse de manera concienzuda, tomando el tiempo necesario para que no quepa duda del grado de certeza logrado en el paciente, sin que ello signifique que se ejerza presión o se le intente persuadir sobre la posición de la persona profesional médica encargada de recabar el consentimiento.

73. Salvo determinadas circunstancias de *extrema ratio,* específicamente aquellas relacionadas a la total falta de conciencia para escuchar, entender y manifestar su voluntad en determinado asunto, el o la paciente no deben ser sustituidas por otros familiares en el consentimiento informado, como ocurrió en el caso de la histerectomía ejecutada por **AR3**. En los casos de extrema necesidad, es fundamental observar los mismos parámetros de verificación de una garantía cognitiva de que la persona consultada efectivamente comprendió en sus alcances y consecuencias aquello cuyo consentimiento se solicitaba e informaba.

V. RESPONSABILIDADES.

74. Con lo anterior, para la CEDHBC ha quedado acreditada la violación a los derechos humanos analizados en contra de **V1** por parte de **AR1, AR2** y **AR3**, al conculcar los derechos a la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno y al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, consagrados en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4º párrafos segundo y cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10 del Protocolo de San Salvador; 12.2 de la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), y 1, 2 literal c., 4 literal b. y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” entre otras disposiciones y normas técnicas.

75. De igual modo, la CEDHBC observa que las omisiones descritas forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que se insta al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado y a las instituciones del sector Salud en su conjunto para tomar medidas efectivas en la prevención de las conductas referidas en la presente Recomendación. Lo anterior conlleva a la necesidad de hablar de una responsabilidad institucional, especialmente del Hospital Materno Infantil, por lo que hace a la deficiente atención recibida por **V1** de ese nosocomio en diversos momentos de su parto y puerperio, así como por personal diverso, de especialidades varias, a lo largo del caso que nos ocupa.

76. Sobre esta responsabilidad institucional del Hospital Materno Infantil se extiende el Peritaje Médico Legista de la Doctora **P1**, que al respecto señala en su conclusión CUARTA:

> *CUARTA: Tomando en consideración lo descrito, el personal médico que tuvo a su cargo a la paciente en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, dependiente del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, del 8 al 10 y del 14 al 17 de junio de 2017, fue inadecuada al realizar una valoración inadecuada del trabajo de parto, que derivó en un trabajo de parto prolongado interrumpido por cesárea de urgencia en la que se realizó una deficiente revisión de cavidad uterina y se dejaron restos placentarios, por lo que reingresó cuatro días después de haber sido dado de alta con infección de la herida quirúrgica, secreciones vaginales fétidas, realizando nuevamente una inadecuada valoración médica y fue subestimada la urgencia que presentaba, ingresándola a legrado, donde se advirtió plastrón y dehiscencia de aponeurosis e histerorrafia, así como tejido friable, por lo que se realizó Histerectomía Obstétrica, procedimiento durante el cual ocasionaron lesión del uretero izquierdo, ligadura del uretero derecho y lesión vesical, complicado todo esto con necrosis del ovario y trompa izquierdos; ameritando una tercera intervención quirúrgica y pérdida de la posibilidad de concebir definitivamente, como ya se detalló.*

77. A la vista de lo hasta aquí expuesto, la CEDHBC considera que **V1** sufrió un daño acreditado y grave en relación con los hechos ya referidos. Lo anterior se traducirá en un conjunto de medidas de reparación, en los términos del capítulo siguiente.

VI. REPARACIONES.

78. Toda violación a los derechos humanos trae consigo el deber ineludible de repararla a cargo de las autoridades responsables. En este sentido, el principio 15 de los *"Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional a interponer recursos y obtener*

reparaciones" (Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de Derechos Humanos el 16 de diciembre de 2005) señala que *"una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido"*.

79. La Corte Interamericana ha señalado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras de *cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido*. Por ello, la reparación comprende diversos *"modos específicos"* de reparar que *"varían según la lesión producida".* Asimismo, ha señalado que las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas, así como también que la reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución *(restitutio in integrum)*, la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones.

80. El artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su párrafo tercero que:

> *"Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley"*; asimismo, el artículo 109 constitucional párrafo último prevé que *"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"*.

81. Aunado a ello, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis aislada, con número de registro 2009929, Primera Sala, Libro 22, septiembre de 205, Tomo I, titulada *"REPARACIÓN DEL DAÑO DERIVADA DE UN DELITO. PARÁMETROS QUE DEBEN OBSERVARSE PARA CUMPLIR CON ESTE DERECHO HUMANO",* señala que:

> *"La reparación del daño derivada de la comisión de un delito, constituye un derecho humano reconocido en el artículo 20, apartado C, fracción IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a favor de las personas ubicadas en el supuesto de víctimas u ofendidos de la conducta ilícita penal, cuyo cumplimiento exige que se satisfaga de forma eficaz e integral. Ahora bien, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación estima que para que la reparación del daño derivada de un delito cumpla con la finalidad constitucional de protección y garantía como derecho humano en favor de la víctima u ofendido, debe observar los parámetros siguientes: a) cubrirse en forma expedita, proporcional y justa, como resultado de la conclusión del proceso penal, en donde el Ministerio Público tiene la obligación de solicitar la condena y el juzgador de imponerla siempre que dicte sentencia condenatoria; b) ser oportuna, plena, integral y efectiva, en relación con el daño ocasionado como consecuencia del delito, lo cual comprende que se establezcan medidas de restitución, rehabilitación, compensación y satisfacción; c) la reparación integral tiene como objetivo que con la restitución se devuelva a la víctima u ofendido a la situación anterior a la comisión del delito, lo que comprende cualquier tipo de afectación generada: económica, moral, física, psicológica, etcétera; d) la restitución material comprende la devolución de bienes afectados con la comisión del delito y, sólo en caso de que no sea posible, entonces el pago de su valor; y, e) la efectividad de la reparación del daño depende de la condición de resarcimiento que otorgue a la víctima u ofendido del delito, que deberá ser proporcional, justa, plena e integral, pues, de lo contrario, no se satisface el resarcimiento de la afectación."*

82. El artículo 7, apartado A, párrafo segundo de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California establece que:

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

83. La Ley General de Víctimas establece en sus artículos 7 fracción II y 26, que las víctimas tienen derecho a ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron y que además, se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición. En el mismo sentido se pronuncia la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California en sus artículos 25 a 27.

84. Por lo anterior, la Comisión Estatal considera procedente la reparación de los daños ocasionados a **V1,** en los supuestos y términos siguientes:

a. ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE VÍCTIMA EN EL PRESENTE CASO

85. Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 4º y 110 fracción V inciso c) de la Ley General de Víctimas, así como 5º y 115 fracción IV de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, la CEDHBC reconoce el carácter de víctima a las siguientes personas, en la modalidad que se especifica y para todos los efectos que se desprenden de la presente Recomendación:

85.1. Se acredita la calidad de víctima directa de **V1** por los agravios referidos en la presente Recomendación, en los términos del artículo 4º párrafo

primero de la Ley General de Víctimas y 5º párrafo primero de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

85.2. Se acredita la calidad de víctima indirecta de **VQ1, V2** y **V3** por el agravio al que se refiere el párrafo anterior de esta Recomendación, en los términos del artículo 4º párrafo segundo de la Ley General de Víctimas y 5º párrafo segundo de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

86. Lo anterior se establece sin menoscabo del reconocimiento de la calidad de víctimas u ofendidos de estas u otras personas que se desprendan del proceso relacionado a la Investigación Administrativa No.1, así como al proceso penal vinculado a la Carpeta de Investigación No.1, o los que se desarrollen a partir del presente caso.

b. MEDIDAS DE RESTITUCIÓN

87. Si bien la presente Recomendación constituye *per se* una forma de reparación y un llamado enérgico a la restitución de la dignidad de las víctimas, la CEDHBC reconoce que cualquier actuación institucional que adopte en el caso habrá de constituir solamente un mecanismo de aproximada y simbólica compensación que deberá verse acompañada por un conjunto de acciones que las instituciones públicas del Estado de Baja California emprendamos en conjunto y conforme a los principios previstos en el artículo 5º de la Ley General de Víctimas y 6º de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, a fin de facilitar a las personas afectadas por los hechos las condiciones que las habiliten a superar su condición de víctimas de la manera más efectiva y adecuada posible.

c. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

88. La Secretaría de Salud deberá brindar a las víctimas lo necesario a fin de que cuenten con acceso efectivo a medidas de rehabilitación médica, psicológica, psiquiátrica y social que incluyan al menos los siguientes aspectos:

a) Medidas de atención médica especializada que garanticen la total funcionalidad de los órganos, sistemas y funciones dañados como consecuencia de los hechos descritos en la presente Recomendación, en la medida en que permita la ciencia médica.

b) La atención médica de mérito podrá brindarse a través de las instituciones y con el personal a cargo de la Secretaría de Salud, o bien, de no hallarse disponibles o de no ser voluntad de la víctima, se deberán hacer los arreglos necesarios para que la atención sea garantizada a través de la institución que en su caso sea más adecuada para el efecto.

c) La rehabilitación médica deberá incluir los tratamientos, estudios clínicos y medicamentos que sean necesarios para lograr el efecto de rehabilitación deseado.

d) Medidas de atención psicológica y psiquiátrica gratuitas y especializadas que **V1**, **VQ1**, **V2** y **V3** pudieran requerir, además de los medicamentos requeridos para su adecuada rehabilitación.

e) La atención psicológica y psiquiátrica que se adopten a favor de las víctimas en el caso deberán contar con un enfoque psicosocial, incorporar el enfoque diferencial y especializado, en el que se tomen en cuenta las condiciones de salud y situación de **V1** asimismo todas las medidas e intervenciones que se determinen se deberán consensuar entre personas profesionales en salud mental y las víctimas.

f) La terapia que se adopte no deberá implicar en ningún momento la repetición de eventos traumáticos, sino que deberá enfocarse en todo caso a la superación de la condición de víctimas por parte de las personas afectadas.

g) La terapia deberá extenderse hasta en tanto las víctimas estimen que han superado efectivamente su condición de víctimas y en todo caso, deberá cubrirse indistintamente de que sean derechohabientes de servicios de seguridad social con el propósito de compensar el

irreparable daño al desarrollo de la personalidad que los hechos les causaron.

d. MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

89. Por lo que hace a las medidas de compensación o indemnización, atendiendo a los principios de complementariedad y enfoque transformador contemplados en el artículo 5º párrafos sexto y décimo tercero de la Ley General de Víctimas y 6º fracciones II y VI de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, resulta fundamental tomar en consideración que su propósito es contribuir de manera complementaria con las demás medidas reparatorias a la superación de las condiciones de víctima mediante un efecto combinado, que garantice a las víctimas el acceso a elementos de empoderamiento y resiliencia, así como a la no repetición de los hechos. Lo anterior significa, que la indemnización no sustituye a otras medidas que contribuyen a generar un efecto más profundo y efectivo para garantizar a las víctimas la reparación y a ellas y la sociedad en su conjunto, la no repetición de los hechos.

90. De igual modo es conveniente precisar que la compensación o indemnización por violación de derechos humanos, como es el caso que nos ocupa, no tiene por objeto el enriquecimiento de quien la recibe, incluso si con anterioridad a la indemnización no contaba con las cantidades líquidas que pudieran erogarse por concepto de compensación, sino que más bien debe dirigirse a producir un efecto compensador por el conjunto de bienes jurídicos o derechos que las víctima perdió o vio menoscabados como resultado del daño aparejado a la consumación del hecho victimizante.

91. Asimismo conviene detallar que la compensación a la que se refiere esta Recomendación está contemplada en los artículos 64 a 72 de la Ley General de Víctimas y 52 y demás pertinentes de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, la cual prevé que la efectividad de la medida reposa en su carácter compuesto, mediante el cual se reúne un conjunto de indemnizaciones específicamente destinadas a contribuir en la compensación del daño a una de las dimensiones impactadas de la víctima por virtud del hecho victimizante. En este sentido:

91.1. Se reconoce a **V1** el derecho de recibir compensación fijada en equidad por el daño moral y el daño físico causados por los hechos materia de esta Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 64 fracción II de la Ley General de Víctimas.

e. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

92. Con respecto a las medidas de satisfacción, tanto la Ley General de Víctimas como su homóloga local contemplan un grupo de medidas encaminadas a dar efectividad directa a los derechos a la verdad y la justicia, de tal modo que se satisfaga – como su nombre lo indica – las principales exigencias y demandas que las víctimas tienen para con los responsables de los hechos y su relación con la sociedad en conjunto. Por ello constituyen medidas de satisfacción recomendables para el caso de especie todas las relacionadas con el desarrollo de los procesos penales o administrativos que en su caso tengan lugar para sancionar a los responsables y validar por esas vías la verdad jurídica sobre los hechos.

93. La colaboración con los operadores del sistema de procuración e impartición de justicia es igualmente vital para la efectiva realización de las medidas de satisfacción. Debe garantizarse en todo momento el acceso de las víctimas a los expedientes del caso.

f. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

94. Uno de los propósitos centrales de las medidas de reparación y de manera preponderante de las medidas de no repetición, es que la atención a víctimas no se reduzca al trámite de expedientes exclusivamente individuales, sino que cada caso pueda contribuir también a la transformación de las causas estructurales de la violencia y otras circunstancias que pudieran haber incidido en la consumación de los hechos victimizantes.

95. Con respecto a las medidas de no repetición procedentes para el caso, se recomienda a la Secretaría de Salud diseñar e implementar cursos de capacitación y manuales educativos los cuales cumplan con las siguientes características:

95.1. El diseño e implementación de los manuales y cursos de capacitación deberán contar con la colaboración de personas expertas en los temas de mérito.

95.2. Los cursos deberán versar al menos sobre prevención de la violencia de género, incluyendo la violencia obstétrica, así como en integración de expedientes clínicos y consentimiento informado de pacientes para procedimientos quirúrgicos u otros que los estándares médicos señalen.

95.3. Entre las materias que deberán contener los cursos señalados, deberán incluirse las siguientes: 1) Estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez, 2) Contenido y aplicación la NOM-007-SSA2-2016, "*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*" y sobre la Recomendación General 31/2017 "Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud" emitida por esta Comisión Nacional, 3) Observancia y contenido de las NOM-004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*", y la NOM-027-SSA3-2013, "*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*".

95.4. Los cursos deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y normas médicas.

95.5. Los cursos deberán proporcionarse a todo el personal médico que labora en la Secretaría de Salud del Estado, incluyendo mandos y personal de enfermería y laboratorios clínicos.

96. ISESALUD deberá contar con un informe periódico que dé cuenta del número de cesáreas practicadas, a fin de controlar e inspeccionar de un modo efectivo que esta práctica sea verdaderamente excepcional y se tomen las medidas necesarias para prevenir su práctica indiscriminada.

97. En consecuencia, la CEDHBC se permite formular respetuosamente a Usted, señor Secretario de Salud y Director General del ISESALUD del Estado de Baja California, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se repare integralmente el daño a **V1, V2** y **V3** en los términos previstos en el capítulo VI de esta Recomendación y se envíen a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. De manera inmediata, se deberá proporcionar o en su caso, continuar, la atención médica y psicológica que requieran **V1, V2** y **V3**, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos, estudios clínicos y demás medidas necesarias; y se remitan a la Comisión Estatal las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore y dé seguimiento a la Investigación Administrativa No. 1 y a la Carpeta de Investigación No. 1, iniciadas con motivo de la denuncia presentada por **V1** ante la Contraloría Interna del ISESALUD y la Procuraduría General de Justicia de Baja California, respectivamente, por los hechos materia de esta Recomendación, y se envíen a la Comisión Estatal las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de **AR1, AR2** y **AR3** para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a la Comisión Estatal las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo máximo de tres meses, se diseñen e impartan en el Hospital Materno Infantil de Mexicali los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez y violencia obstétrica, y 2) sobre las siguientes normas oficiales mexicanas: NOM-007-SSA2-

2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”; NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, y NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*”; se solicita atentamente enviar a la Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de 40 días se diseñe un programa del ISESALUD para el cumplimiento de la medida de no repetición para el control estadístico de las cesáreas que realiza el sistema de salud pública.

SÉPTIMA. En el plazo de 40 días, se emita una circular a todos los centros hospitalarios del Estado a fin de promover entre el personal médico a que se tomen las medidas necesarias para prevenir la práctica indiscriminada de la cesárea.

OCTAVA. En el plazo de 40 días, se emita una circular a todos los centros hospitalarios del Estado a fin de promover entre el personal médico a que se tomen las medidas necesarias para la estricta observancia de las siguientes normas oficiales mexicanas en todo momento: NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”; NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, y NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*”.

98. La presente Recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad a lo dispuesto por el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional la investigación que proceda por parte de la dependencia administrativa o cualquiera otras autoridades competentes, para que en el marco

de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

99. De conformidad con el artículo 47, último párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 de su Reglamento Interno, les solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, así mismo las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente Recomendación se envíen a la Comisión Estatal, en el término de cinco días hábiles contados a partir de su aceptación de la misma.

100. 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, así como el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 del Reglamento Interno, la Legislatura Local podrá llamar a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órgano legislativo, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

LICDA. MELBA ADRIANA OLVERA RODRÍGUEZ