



RECOMENDACIÓN NO. 47 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, INTEGRIDAD PERSONAL, A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y AL PROYECTO DE VIDA DE V1, ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Ciudad de México, a 23 de septiembre de 2021

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º y 3º, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15 fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como del 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/5813/Q**, relacionado con el caso de violación al derecho a la

protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, así como al proyecto de vida de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

4. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación y evitar repeticiones innecesarias, se aludirá a las diversas instituciones y dependencias con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos	CPEUM
Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 "Luis Castelazo Ayala"	UMAE HGO No. 4
Unidad Médica Familiar Número 11	UMF No. 11

Centro Médico Nacional Siglo XXI	CMN Siglo XXI
Unidad de Medicina Física y rehabilitación Región Centro	UMFis Centro
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Villa Coapa	UMFis Villa Coapa
UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes”	UMAE Lomas Verdes
Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	CDHCDMX
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la Práctica de la Anestesiología.	NOM-006-SSA3-2011
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Semanas de Gestación	SDG

I. HECHOS.

5. El 10 de junio de 2019, se recibió en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, la queja interpuesta por V1, misma que por razón de

competencia, mediante correo electrónico fechado ese mismo día, se remitió a este Organismo Nacional, en la cual denunció presuntas violaciones a derechos humanos en su agravio, cometidas por personas servidoras públicas adscritas a la UMAE HGO No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, manifestando que derivado de la inadecuada aplicación de la anestesia (raquidea) para la interrupción del embarazo que cursaba, se le ocasionó el daño neurológico que tuvo como resultado una deficiencia neuroesquelética severa de extremidad pélvica izquierda.

6. V1 señaló en comparecencia ante la CDHCDMX que el 23 de septiembre de 2018, acudió al UMAE HGO No. 4, del IMSS, en la Ciudad de México debido a que cursando un embarazo de 37.5 semanas de gestación (SDG) se le rompió la fuente; y, en virtud de los signos y síntomas respecto del binomio materno-fetal que obtuvieron previa valoración médica, SP5 determinó realizarle una cesárea, acto seguido, AR1 le inyectó en un primer momento un medicamento para el bloqueo epidural y justo cuando insertó la aguja, V1 refiere que sintió como una descarga eléctrica en la pierna izquierda y mucho dolor, posteriormente, le inyectó anestesia y se realizó la cesárea sin complicaciones. Una vez que terminó la intervención quirúrgica, V1 ingresó a la sala de recuperación, durante su estadía en esa área, una enfermera le pidió que moviera ambos pies, pero únicamente pudo mover el derecho, informando dicha situación.

7. V1 agregó que, el 24 de septiembre de 2018, personal médico del área de anestesiología de la UMAE HGO No. 4, la refirió a neurología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y después de realizarle estudios, determinaron que debía tomar terapia de rehabilitación debido al bloqueo motor y sensitivo de su miembro inferior izquierdo.

8. Después de 80 sesiones de terapia de rehabilitación que recibió V1, en febrero de 2019, un médico de la UMFis Centro del IMSS, le informó que el daño en su pierna izquierda sería permanente y que no había nada qué hacer, mientras que en el Hospital de Rehabilitación del IMSS UMFis Villa Coapa, le dijeron que era recomendable terapia regular en casa para toda la vida.

9. En ampliación de la queja, V1 señaló que durante el procedimiento de la cesárea, AR2 le dijo que debía abrazar sus piernas y “doblarse” lo que más le fuera posible, pero, por el tamaño de su vientre no pudo hacerlo, de tal manera que una enfermera la agarró de sus tobillos y se subió en sus piernas y otra persona la “empujó” desde la parte de la espalda alta para que se doblara, aplicando mucho peso contra ella y otra servidora pública, la tomó de sus hombros y también hizo fuerza para que ella se doblara aún más y, mientras era sostenida de esa manera, AR1 realizó el bloqueo epidural el cual le ocasionó mucho dolor.

10. Esa noche, V1 señaló que no pudo dormir porque se encontraba muy preocupada por su pierna. En la madrugada del 24 de septiembre de ese año, escuchó cuando una de las enfermeras de guardia despertó a AR1 diciéndole: “doctora, vaya a arreglar el problema que ocasionó en la pierna de la señora”, por lo que dicha médica se acercó a V1 y le dijo que, en cuanto pasara el efecto de la anestesia recuperaría la movilidad de la pierna, pero eso no aconteció.

11. Es importante precisar que V1 manifestó que no presentaba ninguna afectación en su pierna izquierda antes de ser atendida en el UMAE HGO No. 4, por lo que considera que el daño es consecuencia de la mala aplicación de la anestesia que se le suministró para la atención del parto que cursaba.

12. V1 señaló que la discapacidad permanente en su pierna izquierda le trajo consecuencias en su vida privada y familiar, pues sola se hace cargo de sus 3 hijos, debido a que su pareja decidió separarse de ella, sin contar con el servicio del IMSS.

13. En razón de la recepción de la queja, esta Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/4/2019/5813/Q, solicitó información al IMSS y realizó las diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Acta circunstanciada de 10 de junio de 2019, sobre los hechos que relató V1 ante la CDHCDMX que, por razón de competencia se recibió ese mismo día mediante correo electrónico en este Organismo Nacional, en la que relató la inadecuada atención durante el suministro de la anestesia que se le aplicó para llevar a cabo la cesárea practicada el 23 de septiembre de 2018, en la UMAE HGO No. 4 del IMSS.

15. Oficio número V4/53156, de 22 de agosto de 2019, en el que este Organismo Nacional solicitó información a la autoridad presuntamente responsable.

16. Oficio 095217614C21/2487, de 17 de septiembre de 2019, por medio del cual el IMSS remitió lo siguiente:

16.1 Oficio 389001620100/0167/2019, de 03 de septiembre de 2019, signado por el Director de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI del IMSS mediante el cual informó el diagnóstico, tratamiento, valoración, terapias y atención médica otorgada a V1.

16.2 Notas médicas y contra referencia relacionadas con la atención médica otorgada a V1 en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, del IMSS.

17. Oficio 095217614C21/2602, de 27 de septiembre de 2019, mediante el cual el IMSS dio respuesta a la solicitud de información de este Organismo Nacional y remitió lo siguiente:

17.1 Informes de 5 y 21 de marzo; 3 y 9 de abril de 2019, respectivamente, suscritos por SP1, SP2 y SP3, acerca de su participación en la atención otorgada a V1, en la UMAE HGO No. 4, en la Ciudad de México y en la UMAE Lomas Verdes en el Estado de México

17.2 Oficio No. 37 A4 0114 2153/DAODH UMAE G4-O 0262/04/2019 de 26 de abril de 2019 que contiene acuerdo QU/UHGO4/0004-3-2019-04, emitido en misma fecha, por el Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente de la UMAE HGO No. 4 en el que, una vez realizada la investigación y análisis del expediente clínico, determinó como improcedente la queja interpuesta por V1 en fecha 11 de febrero de 2019, respecto de la atención recibida en dicho nosocomio.

17.3 Oficio 37A401142153/DAODHUMAEG-400652/09/2019, de 4 de septiembre de 2019, mediante el cual la Directora de la UMAE HGO No. 4, en la Ciudad de México, informó que la atención médica otorgada a V1, fue oportuna, adecuada y acorde a la normatividad

institucional. Asimismo, refirió que el 27 de septiembre de 2018, se tiene el registro de la última atención registrada a V1.

17.4 Copia certificada del expediente clínico relacionado con la atención médica otorgada a V1 en la UMAE HGO No. 4.

18. Opinión Médica de 18 de diciembre de 2020, emitida por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se determinó que las complicaciones neurológicas que presentó V1 posteriores a la intervención quirúrgica, fueron secundarias al manejo anestésico que se le practicó para realizarle una cesárea, y que disminuyeron la sensación y movimientos de su extremidad inferior izquierda, irreversibles, causándole limitación para caminar y llevar a cabo sus actividades.

19. Correos electrónicos de 24 de marzo y 6 de abril de 2021, a través de los cuales se solicitó de nueva cuenta a personal del IMSS, nombres completos y los informes de respectivos de las personas servidoras públicas que participaron en la atención de V1, la primera ocasión se solicitó en el oficio señalado con el número de evidencia 15.

20. Acta circunstanciada del 26 de marzo de 2021, en la que V1 amplió información sobre la aplicación de anestesia, así como las consecuencias que en su persona y vida familiar ocasionó la inadecuada atención médica que recibió en la UMAE HGO No. 4. a partir de la lesión generada.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. En septiembre de 2018, V1 presentó una queja ante CONAMED, se inició un expediente y el 5 de junio de 2019, se llevó a cabo una audiencia de Conciliación, en la que el representante legal del IMSS manifestó que las personas servidoras

públicas que la atendieron el 23 de septiembre de 2018, actuaron conforme a las guías y prácticas clínicas aplicables en el caso en concreto, por lo que no era procedente la indemnización. Debido a esta respuesta no se llegó a una conciliación.

22. El 26 de abril de 2019, el IMSS, mediante el acuerdo QU/UHGO4/0004-3-2019-04, emitido por el Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente del HGO No. 4, determinó como improcedente la queja de V1.

23. V1 informó a esta Comisión Nacional que, derivado de los hechos no ha presentado ninguna denuncia penal o administrativa.

IV. OBSERVACIONES.

24. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/5813/Q, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos, al derecho a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica y al proyecto de vida en agravio de V1.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, EN RELACIÓN CON LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V1.

25. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, por tanto, debe ser entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con

independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades. Tiene como finalidad que el Estado, en todos sus niveles, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, conforme a los artículos 1° y 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén el derecho de toda persona a la protección de la salud.

26. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada mediante medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*; abundando al respecto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, señala que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; dicha determinación fue acogida dentro del numeral 10 del Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece que *“toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

27. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra *“[...] el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es*

menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”¹.

28. Esta Comisión Nacional ha reiterado que el derecho de protección a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad².

A.1. Derecho a la Salud Materna e Infantil

29. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que “*el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*” y que “[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala, Novena Época. Materia Administrativa. Tesis Jurisprudencia “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009. Tesis: 1a./J. 50/2009. Registro 167530.

² CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3 y Recomendación 38/2016, 19 de agosto de 2016, Observaciones párrafo 21.

30. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “*Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, reconoció que: “[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño; cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud, el papel de las y los progenitores, así como de otras personas cuidadoras. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]”.

31. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”, garantizando su salud y bienestar.

32. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, ha enfatizado que es “[d]eber 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, implicando la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas” .

33. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica que recibió V1 durante la aplicación de la anestesia para la atención del parto, en la que se advirtió que derivó en la afectación de su extremidad inferior izquierda.

A. 2. Atención médica otorgada a V1 en la UMAE HGO No. 4 del IMSS, en la Ciudad de México.

34. El 23 de septiembre de 2018, a las 11:55 horas, V1 acudió embarazada con 37.5 SDG al UMAE HGO No. 4, debido a que presentó salida de líquido transvaginal claro, en cantidad abundante a partir de las 11.00 horas, el cual persistía, además de cursar con dolor abdominal intermitente (tres contracciones en diez minutos) y percibía los movimientos fetales, sin más alteraciones.

35. De la nota médica elaborada el 23 de septiembre de 2018, por SP12, se señaló que de la exploración física realizada a V1 por el personal médico que la atendió, se le encontró con buen estado general, abdomen ocupado por un producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal normal y al tacto vaginal el cuello uterino (cérvix) dilatado con 4 de 10 centímetros, de 60 de 100% de borramiento. Acorde a lo establecido en la citada nota médica elaborada por SP12, realizó a V1 un rastreo abdominal con equipo de ultrasonido con transductor dañado, por medio del cual estimó que cursaba con un embarazo de término de 37.5 semanas de gestación, con peso fetal normal de 3116 gramos para su edad y cantidad de líquido amniótico aún normal.

36. Es importante señalar que, por haberle realizado a V1, una valoración complementaria con un equipo dañado, de acuerdo con la nota médica de SP12, de 23 de septiembre de 2018, se advierte que la UMAE HGO No. 4 no contaba con

los insumos necesarios e indispensables para una atención adecuada en un hospital de Gineco Obstetricia, que garantizaran la calidad en la asistencia, lo cual, en este caso, no se describió que dificultara o impidiera obtener algún resultado relevante y no se relaciona con una inadecuada atención por parte del personal médico tratante.

37. Por el antecedente de salida de líquido transvaginal, seguido de haberla encontrado a la exploración física con líquido claro abundante en el canal cervical, SP4, adecuadamente con base en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino diagnosticó embarazo de 37.5 semanas de gestación y ruptura de membranas e indicó su ingreso a la Unidad Quirúrgica para vigilar al binomio materno fetal e iniciar con la administración de antibióticos a fin de evitar una sepsis.

38. A las 13:30 horas, AR1 y AR2, realizaron la valoración preanestésica de V1 con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología, interrogando sus antecedentes y evaluando su estado físico, precisando, entre otras cosas que, además de los diagnósticos mencionados, cursaba con baja reserva fetal, estado fetal no alentador y paridad satisfecha, por lo que había sido programada para realizarle cesárea tipo Kerr urgente y oclusión tubaria bilateral (OTB), como método de planificación familiar definitivo, firmando V1 los respectivos consentimientos informados para ambos procedimientos.

39. Sobre los antecedentes de V1, describieron que había tenido una cirugía previa, consistente en una cesárea anterior de once años de evolución, sin recordar el tipo de anestesia que se le aplicó, no presentó complicaciones a dichos procedimientos y no tenía antecedentes crónico degenerativos, traumáticos, ni transfusiones sanguíneas previas. A la exploración física la encontraron

neurologicamente normal, despierta, alerta, sus reflejos pupilares estaban presentes, sin compromiso cardiaco, ni pulmonar, el abdomen gestante, percibiendo los movimientos fetales, la columna vertebral y extremidades sin alteraciones aparentes.

40. Siendo las 13:36 horas, del 23 de septiembre de 2018, SP5, realizó la valoración preoperatoria de V1, registrando de importancia que la encontró en fase latente de trabajo de parto, sin cambios en los signos clínicos del cérvix comparados con los de su ingreso, se sometió a conducción de trabajo de parto, sin embargo, presentó descensos tempranos de la frecuencia cardiaca y bradicardia fetal, asociados a variabilidad mínima en los registros cardiotocográficos, evidentes en el estudio que forma parte del expediente clínico³, que aunados a las condiciones obstétricas, es decir a un trabajo de parto inicial sin descenso del feto por el canal del parto, no se esperaba una resolución del embarazo a muy corto plazo e incrementaba el riesgo de asfixia fetal, por lo que SP5 determinó que el estado del feto no era seguro y ameritaba interrumpir el embarazo por vía abdominal, con los riesgos que implica la cirugía tales como, hemorragia, lesión a órganos y tejidos vecinos, pérdida del útero, infección del sitio quirúrgico, los propios a la anestesia, shock y posiblemente la muerte.

41. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional la bradicardia fetal (menor de 120 latidos por minuto), siempre traduce falta total de oxígeno (anoxia) o hemorragia cerebral con o sin anoxia, principia siendo perceptible sólo durante la contracción uterina, como se mencionó en el caso de V1 y pronto se hace evidente en forma constante la bradicardia persistente sí indica la extracción

³ Foja 72.

inmediata del feto aun en ausencia de otra manifestación de sufrimiento fetal;⁴ por lo que en este caso de forma adecuada SP5 con el fin de mejorar el pronóstico materno-fetal, indicó interrumpir el embarazo por vía abdominal (cesárea), también con base en la *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea* la cual establece que el sufrimiento fetal es una indicación absoluta de operación cesárea, activando el código 100 en el hospital, el cual consiste en disponer de un quirófano para la atención inmediata de una mujer embarazada, para realizarle una cesárea urgente, la cual tiene como objetivo resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

42. De los estudios básicos de laboratorio (biometría hemática, plaquetas y tiempos de coagulación), AR1 y AR2 determinaron que estaban dentro de parámetros normales, sin aparentes alteraciones en la coagulación de la sangre que ameritaran un manejo previo o contraindicaran un evento quirúrgico.

43. Ante los hallazgos descritos acorde a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, estimaron que AR1 y AR2 de forma adecuada que V1 cursaba con un riesgo quirúrgico ASA III, el cual de acuerdo a la *Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología* a las pacientes que cursan alguna enfermedad sistémica descompensada, que en su caso es posible atribuir a la ruptura de membranas amnióticas que ponía en riesgo de complicaciones al binomio materno-fetal, tales como infección (coriamnionitis), compresión del cordón umbilical y asfixia fetal, debido a la disminución en el líquido amniótico, por lo que de la misma manera le informaron sobre los riesgos y beneficios de la técnica anestésica regional y general, aceptando V1 la anestesia regional, en virtud de que no contaba con ayuno completo, asimismo, establecieron haberle explicado sobre

⁴ Castelazo A. L., *Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir, Ginecol Obstet Méx.* 2009;77 (1), pág. 116

las complicaciones inherentes a la anestesia regional, firmando el consentimiento informado que autorizaba el procedimiento y forma parte del expediente clínico.

44. A las 14:20 horas, del día 23 de septiembre de 2018, AR1 y AR2, personal médico de anestesiología, describieron en las notas médicas correspondientes que V1 ingresó a la sala de quirófano con signos vitales dentro de parámetros normales Tensión Arterial 141/79 y frecuencia cardiaca 103X y como técnica anestésica realizaron un bloqueo mixto (subaracnoideo-epidural), el cual consiste en realizar anestesia y analgesia inyectando dentro del espacio subaracnoideo el analgésico denominado bupivacaína hipervárica.

45. Específicamente en nota médica AR2 redactó que colocada V1 en decúbito lateral izquierdo realizó la limpieza bajo técnica antisepsia de la región dorso lumbar, colocó campo estéril, localizó el espacio intervertebral a nivel de la segunda y tercera vértebras lumbares (L2-L3), aplicó anestesia a la piel y el tejido celular subcutáneo (infiltró) a base de lidocaína simple al 2% 40 mg, para posteriormente realizar abordaje del espacio peridural con aguja Tuohy #17, logrando la perdida de la resistencia y abordó el espacio subaracnoideo con aguja Whitacre #27 trastohy, obteniendo salida espontánea de líquido cefalorraquídeo, con características macroscópicas normales e inició la administración de bupivacaína hiperbárica, describiendo que fue un “...*momento crítico durante el cual la paciente realiza movimiento “brusco”...*” (sic) a pesar de que previamente le indicó no moverse, motivo por el cual sólo se le administró 10 mg de dicho fármaco, ya que posterior al movimiento abrupto de la paciente retiró de manera inmediata la aguja espinal, dejando catéter peridural inerte; a pesar de lo cual logró controlar el dolor con una analgesia satisfactoria.

46. Cabe señalar que la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional señala que el daño generado a V1, es consecuencia del suministro de 10 mg del fármaco bupivacaína hipervárica, antes de corregir la dirección de la aguja o de retirarla, como se lee en el registro de anestesia y recuperación de 23 de septiembre de 2018, que “durante la administración de la anestesia, la paciente realizó un movimiento brusco”, lo que se corrobora con el dicho de V1 de que sintió una descarga eléctrica.

47. En la nota médica de las 14:20 horas de 23 de septiembre de 2018, elaborada por AR1 y AR2, se observa que cuenta con nombre completo, número de cédula profesional y firma de AR1, pero respecto de AR2 sólo se cita nombre y un apellido, sin que conste su firma ni cédula profesional, por lo que existe la posibilidad de que AR2 sea residente, asimismo, se especifica que él fue quien realizó la aplicación de la anestesia que dañó a V1; sin embargo, es importante resaltar que la NOM-090-SSA1-1994, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, establece que los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de pacientes que se les encomiende siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes, de tal manera que AR1 sería responsable de los procedimientos médicos que realizó AR2.

48. Durante el evento quirúrgico le administraron oxígeno a V1 por medio de catéter nasal, se mantuvo ventilando de manera automática, a nivel de la circulación sanguínea permaneció estable y como resultado del procedimiento quirúrgico (cesárea) se obtuvo a un producto único vivo, que nació a las 13:48 horas de caracteres sexuales masculinos, con peso y talla normales para su edad de 3210 gramos y 50 centímetros respectivamente, que por su desarrollo clínicamente presentaba una edad de término de 38.5 semanas de gestación, sin alteraciones,

ni complicaciones inmediatas aparentes, y como medicación reportaron haberle administrado a V1 anestésicos, analgésicos, antieméticos, antipirético, antiinflamatorio de tipo esteroideo y oxitocina en dosis recomendadas como adyuvantes.

49. Es necesario tomar en cuenta que V1 refirió que, cuando le aplicaron la anestesia, había muchas personas en el quirófano, que AR1, le solicitó se pusiera en una posición en la que debía abrazar sus piernas y “doblarse” lo que más que le fuera posible, pero por el tamaño de su vientre en gestación no pudo hacerlo, tanto como se lo solicitó la anesthesióloga.

50. V1 enfatizó que debido a esto, una enfermera la tomó de sus tobillos y se subió en sus piernas, otra la “empujó” desde la parte de la espalda alta para que se doblara más, aplicando mucho peso contra ella, otra persona, la tomó de sus hombros y también hizo fuerza para que ella se doblara aún más, siendo así que 3 personas la estaban sosteniendo. En ese momento, mientras todas estas personas la detenían con fuerza, AR1 aplicó la anestesia, mientras AR2 únicamente observaba. También relató que, al momento en que le aplicaron la anestesia sintió un dolor muy fuerte como *“una descarga eléctrica en la pierna izquierda y mucho dolor”*, pero debido a que la sostenían con fuerza por tres personas, no pudo realizar movimiento alguno y mucho menos un movimiento brusco.

51. En la nota médica firmada por AR1, describió que el procedimiento fue realizado por AR2, sin que se encuentre su nombre completo, cédula profesional ni firma en todo el expediente clínico, también relató en la nota que, al iniciar la administración del anestésico con la jeringa fue un momento crítico durante el cual V1 realizó un movimiento “brusco”, sin proporcionar mayores detalles, ni indicar la respuesta médica ante esta situación.

52. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se determinó que el movimiento brusco antes mencionado fue un acto reflejo característico de respuesta al dolor intenso y a un hecho inesperado, no propio de la técnica anestésica, que en este caso se relaciona directamente con las complicaciones neurológicas graves que presentó secundarias a la inadecuada administración de la anestesia y que no padecía V1 antes de ingresar al quirófano.

53. Al respecto, es importante tomar en cuenta la descripción del dolor que realizó V1 sobre el momento exacto, ya que señaló que sintió como “una descarga eléctrica”, este dolor descrito, de acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional son conjunto de sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel ciertos enfermos del sistema nervioso o circulatorio que se conoce con el nombre de “*parestesias*”, las cuales se deben a que la aguja toca una raíz nerviosa, por lo que debe corregirse la dirección y si la parestesia se presenta a nivel subaracnoideo, como en el caso que nos ocupa, la aguja se debe retirar antes de que más fármaco sea inyectado.

54. Si en lugar de parestesias lo que se presenta es un dolor lancinante (es decir un dolor agudo de tipo punzante) también descrito por V1 como mucho dolor, la misma bibliografía menciona que no se debe dudar en retirar la aguja completamente, para reintentar en otro espacio o bien para cambiar de método anestésico, porque lo más seguro es que se esté traumatizando la raíz del nervio o lesionando el cordón espinal.⁵

55. En el presente caso, como parte de los registros realizados durante el procedimiento anestésico de 23 de septiembre de 2018, tanto en la nota de

⁵ Dr. G.Manuel Marrón-Peña. Eventos adversos de la anestesia neuroaxial ¿Qué hacer cuando se presentan?, Anestesiología, Vol. 30 Supl. 1 Abril-Junio 2007, pág. 361.

valoración trans-anestésica, como en la hoja de registro de anestesia y recuperación, no se describieron las parestesias y el dolor que refirió presentar V1 durante la punción lumbar, pero sí se estableció que, a pesar del movimiento brusco que presentó se le administraron 10 miligramos de bupivacaína hiperbárica, sin que se especificara que, previamente a la administración de dicho fármaco se corrigiera la dirección la aguja o se retirara para reintentar en otro espacio, antes de inyectar el fármaco, como lo señala la citada bibliografía médica.

56. En relación a lo anterior, la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, determinó que los eventos neurológicos adversos que presentó V1 caracterizados por parestesias y zonas de debilidad motora persistentes, fueron consecuencia al trauma directo de estructuras neurales con la aguja, la inyección intraneural del fármaco y/o el efecto tóxico del anestésico local inyectado por AR2.⁶ Es decir que, la falta de sensación y movimiento de la pierna izquierda desde la rodilla hasta los dedos, es consecuencia directa de la lesión de la inadecuada aplicación de 10 mg de bupivacaína hiperbárica mediante inyección con aguja directa en la espina dorsal.

57. A las 14:30 horas de ese mismo día, AR1 describió haber terminado el procedimiento quirúrgico y anestésico, retiró el catéter peridural completo y reportó haber administrado a V1 durante la cirugía un total de 1300 mililitros de soluciones, presentó un egreso total líquidos de 1360 mililitros, sangró 400 mililitros y pasó a la Unidad de Cuidados Post-anestésicos (UCPA) con signos vitales y saturación de oxígeno dentro de parámetros normales, clínicamente en remisión del proceso anestésico, agregando en la hoja de registro de anestesia y recuperación que no presentó complicaciones trans-anestésicas, ni post-anestésicas inmediatas, sin

⁶ Ibidem pág. 370.

que consideraran como ya se mencionó que V1 presentó parestesias y mucho dolor durante la aplicación de la anestesia, por lo que pasó inadvertido de forma inmediata de que cursara con complicaciones post-anestésicas, sin repercusión en su manejo, porque las lesiones neurológicas graves generalmente son irreversibles, a pesar del tratamiento farmacológico, acorde a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional.

58. Ese mismo día, SP6 y SP7, en la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, describieron haber realizado a V1 la cesárea Kerr, más OTB, bajo bloqueo epidural, extrayendo a un recién nacido, continuaron con la extracción de la placenta, revisión y limpieza de la cavidad uterina, misma que cerraron en dos planos de manera adecuada, verificaron la ausencia de sangrado previamente a realizar la oclusión de las tubas uterinas, como método de planificación familiar, para después cerrar por planos la cavidad abdominal hasta la piel, también de forma adecuada, registraron los mismos hallazgos del producto ya mencionados, agregando que las características del líquido amniótico fueron normales y otra manifestación que justificó la intervención quirúrgica fue que, la placenta presentó un 20% de desprendimiento, siendo por lo tanto dicha intervención oportuna y adecuada, con la cual previnieron efectos adversos materno-fetales.

59. Tres horas y media más tarde, AR1 valoró a V1 en la Unidad de Cuidados Post anestésicos, describiendo de importancia que durante sus primeras horas de estancia en recuperación presentó un cuadro clínico de falta de fuerza muscular (hipotonía), de la que no se realizaron más especificaciones y se relacionó con la falta de la contracción uterina que trataron con ergonovina, para contraer el útero, también refirió dolor que trataron con anestésico y bloqueo motriz a nivel de

miembro inferior izquierdo, que no fue tratado de manera específica porque se atribuyó a la continuación del efecto anestésico.

60. Con relación al citado bloqueo motriz y su manejo, la bibliografía médica describe que el bloqueo sensorial o motor prolongado en sala de recuperación se debe generalmente al tipo de anestésico local usado, a las combinaciones de drogas aplicadas, al tiempo de la última dosis, cantidad y concentración del mismo son pasajeros, pero tiene que observarse continuamente a la paciente hasta descartar un daño neurológico real,⁷ por lo que, debido a que V1 cursaba sus primeras horas de estancia en recuperación, fue adecuado mantener un manejo expectante.

61. El día siguiente 24 de septiembre de 2018, a las 04:50 horas, AR1 describió que la paciente continuaba sin presentar movimiento (bloqueo motor) en la extremidad inferior izquierda, por lo que indicó que se le administrara metilprednisolona que es un fármaco antiinflamatorio esteroideo y aminofilina, medicamento con efectos estimulantes del musculo esquelético, además de haberle explicado sobre sus posibles complicaciones y el manejo que ameritaba. Esta revisión coincide con la expuesta por V1 de que durante la madrugada se le acercó AR1.

62. Ese mismo día a las 7:30 horas, V1 fue revalorada, sin poder determinar quién la atendió, debido a que el nombre y número de cédula profesional del médico son ilegibles, mismo que narró que continuaba sin presentar movimiento (bloqueo motor) a nivel del miembro pélvico izquierdo, a partir del dermatoma L2, que corresponde al lugar en donde se le realizó la punción lumbar para la aplicación de

⁷ Dr. G.Manuel Marrón-Peña. *Eventos adversos de la anestesia neuroaxial ¿Qué hacer cuando se presentan?*, *Anestesiología*, Vol. 30 Supl. 1 Abril-Junio 2007, pág. 370.

la anestesia, no percibía la vibración, el tacto fino, ni el movimiento de las articulaciones de la extremidad (artrocinesia), ni sensaciones anormales (disestesias), indicando que continuara bajo tratamiento antiinflamatorio esteroideo (metilprednisolona) y de forma adecuada solicitó que se le realizara estudio de imagen (resonancia magnética) y valoración por el servicio de neurología para estimar el daño neurológico y determinar el manejo específico que requeriría.

63. De forma adecuada AR1 indicó valoración de V1 por el servicio de neurología, siendo trasladada a la Unidad Médica de Alta Especialidad del CMN Siglo XXI, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” donde fue valorada por SP8, quien refirió que V1 fue enviada para descartar que cursara con lesión medular. Mencionó que V1 inició su padecimiento neurológico después de que se le realizó el bloqueo anestésico para realizarle una cesárea, presentando dolor a nivel de miembro pélvico izquierdo y, posteriormente, refirió cursar con disminución de la sensibilidad y pérdida de la fuerza del mismo manejada con antiinflamatorio no esteroideo sin más complicaciones.

64. A la exploración física, SP8 encontró a V1 sin fuerza muscular en la extremidad inferior izquierda, disminución de la sensibilidad superficial, sin poder corroborar la sensibilidad profunda, sin más alteraciones aparentes, por lo que determinó que probablemente cursaba con el diagnóstico de lesión medular secundaria al bloqueo epidural y puerperio inmediato de evolución normal, indicando de manera adecuada su ingreso al servicio de neurología.

65. Ese mismo día, sin poder determinar la hora de atención, porque SP9 omitió realizar dicho registro en la nota médica de ingreso al servicio de neurología, determinó de manera adecuada que V1 no cursaba con antecedentes de importancia que se relacionaran con su padecimiento actual, el cual consistía en

imposibilidad para mover el miembro inferior izquierdo posteriormente a haberle realizado un bloqueo epidural como método anestésico para una cesárea, encontrándola en ese momento sin fuerza muscular y sin reflejos en la extremidad inferior izquierda, con sensibilidad a nivel del trayecto nervioso de L3, y con pérdida de la sensación del movimiento en el pie izquierdo; contaba con el resultado de la resonancia magnética, de la columna dorso lumbar la cual no evidenció la presencia de lesiones vasculares, ni ocupantes (masas) de espacios, lesiones compresivas, ni datos sugestivos de inflamación o infección (mielitis) a nivel medular, por lo que determinó también de forma adecuada que la paciente cursaba con un cuadro de plexopatía lumbar (daño de un conjunto nervioso) post-traumática, sin evidencia de afección medular por el estudio de imagen.

66. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, de la revisión médica realizada por SP9, considerando que se encontró a V1 sin fuerza muscular, ni reflejos y con alteraciones sensitivas en la extremidad inferior izquierda, se determina que presentó uno de los efectos adversos neurológicos más graves e irreversibles, relacionados con aplicación de la anestesia, debida a una lesión traumática y/o tóxica, directa sobre las raíces nerviosas lumbares, que le produjo la pérdida de función motriz de la extremidad inferior izquierda y alteraciones en la sensibilidad de la misma.

67. Con relación al manejo de las complicaciones neurológicas, acorde con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, menciona que todos los casos graves requieren de interconsulta especializada y pruebas neurofisiológicas, la recuperación puede ser prolongada e incompleta cuando el daño es motor, por lo que se debe interconsultar obligadamente al neurólogo y repetir cada tres meses

las pruebas electrofisiológicas para determinar la gravedad del daño y conocer la recuperación lograda por la rehabilitación.⁸

68. Por lo antes mencionado, la citada Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional determinó que SP9, ante la estimación del daño neurológico de V1 e integrar el diagnóstico de plexopatía lumbar probable post-traumática, indicó de manera adecuada que ameritaba de electromiografía y determinación de velocidades de conducción de miembros pélvicos en siete días, así como continuar con el seguimiento médico por el servicio de neurología en esa Unidad, regresar a su Hospital correspondiente en ambulancia y enviarla de manera temprana a consulta de rehabilitación física.

69. El mismo 24 de septiembre de 2018, a las 17:30 horas, sin poder determinar el nombre del médico que recibió V1 en la Unidad de Cuidados Post-anestésicos, de UMAE H.G.O No.4, debido a que nombre y número de cédula profesional son ilegibles, describió de importancia que V1 cursó con prolongación del bloqueo motor y pérdida de la fuerza muscular por más de 24 horas de evolución, motivo por el que fue enviada al tercer nivel de atención para ser valorada por el servicio de neurología, mencionó el resultado de la resonancia magnética, realizada en el tercer nivel de atención y el diagnóstico de plexopatía lumbar probable post traumática, así como las indicaciones médicas prescritas por SP9, agregando que en ese momento la encontró consciente, orientada, con adecuada coloración de piel y mucosas, signos vitales dentro de parámetros normales, persistiendo sin fuerza muscular, ni reflejos en la extremidad inferior izquierda, además de referir dolor irradiado al glúteo al movilizar la extremidad, por lo que indicó que debía continuar con las indicaciones prescritas por el servicio de neurología, ser valorada

⁸ Dr. G. Manuel Marrón-Peña. *Eventos adversos de la anestesia neuroaxial ¿Qué hacer cuando se presentan?*, *Anestesiología*, Vol. 30 Supl. 1 Abril-Junio 2007, pág. 374.

al día siguiente por ese servicio de anestesiología, indicando su alta de la Unidad de Cuidados Post-anestésicos.

70. El 25 de septiembre de 2018, a las 07:30 horas, el personal médico describió que V1 continuaba con los mismos diagnósticos de puerperio post-cesárea, esterilidad quirúrgica y plexopatía lumbar probable postraumática,⁹ sin síntomas agregados a la secreción vaginal e inmovilidad de la extremidad inferior izquierda. Clínicamente continuaba sin cambios, con adecuada coloración e hidratación, sin compromiso cardíaco, ni pulmonar, útero en involución, loquios en cantidad y características normales, herida quirúrgica sin datos de infección y sin fuerza muscular, por lo que determinó de manera adecuada que continuaría en ese servicio bajo vigilancia médica del puerperio.

71. A las 10:20 horas de ese mismo día, SP13 describió que V1 se encontraba sin percibir los movimientos de su miembro inferior izquierdo, con reflejos disminuidos y percepciones anormales en el mismo, agregando a su manejo un antiinflamatorio no esteroideo (diclofenaco) y refiriendo que continuarían pendientes de su evolución. La extremidad inferior izquierda sin dolor a la palpación, con adecuada temperatura, sensibilidad disminuida y alterada, descrita como percepción de toques eléctricos de intensidad leve a moderada, con tono y fuerza muscular disminuidos desde la cadera hasta el pie, sin reflejos osteotendinosos, ni más alteraciones, y con adecuada fuerza y sensibilidad en el miembro pélvico derecho. Agregó que de acuerdo a la nota del servicio de neurología cursaba con

⁹ Plexopatía lumbar postraumática. Lesión en las conexiones nerviosas de la zona del cuerpo situada entre la cintura y los glúteos, derivada de un accidente o procedimiento quirúrgico. B. Bowen. Rev. American Journal of Neuroradiology. Feb. 2008. Disponible en: www.ajnr.org/content/29/400

el diagnóstico de probable plexopatía traumática y se encontraba en espera de que se le realizara electromiografía e inicio oportuno de rehabilitación.

72. Ante dichos hallazgos se determinó que V1 cursaba con una lesión neurológica de causa no determinada, comentándole a la paciente que ese tipo de lesiones en algunos casos se deben al efecto idiosincrático y tóxico propio del anestésico local, con una probable recuperación que tardaría de semanas a meses, y mencionó de forma adecuada que se encontraba en manejo combinado de analgésicos no esteroideos, los cuales en uso asociado aumentan sus efectos adversos a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular, por lo que sugirió el uso de uno solo, integrando de la misma forma el diagnóstico de lesión neurológica, probable plexopatía traumática y prescribió que se le suspendiera la administración de ketorolaco, y se continuara su manejo a base de diclofenaco como antiinflamatorio, ranitidina para proteger al estómago, así como enviarla a rehabilitación de manera oportuna.

A.3. Atención en el servicio de la UMFis Centro del IMSS.

73. El 26 de septiembre de 2018, con la finalidad de brindarle a V1 una atención médica fue referida a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro, con el diagnóstico de plexopatía lumbar probablemente post traumática y puerperio mediato, describieron sus antecedentes, mencionado que el servicio de anestesiología solo reportó que presentó un movimiento brusco con la administración del medicamento, durante el bloqueo mixto que se aplicó el día 23 de septiembre de 2018, con la posterior falta de movilidad y alteraciones en la sensibilidad de la extremidad inferior izquierda, así como la valoración e indicaciones del servicio de neurología, enviándose de manera adecuada para continuar con el manejo recomendado.

74. Como parte de las constancias médicas que integran el expediente clínico de V1, no se cuenta con las notas médicas que describan la atención que se le brindó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, región centro, únicamente se cuenta con notas de atención médicas de alta, suscrita por SP10 en la que hizo constar que V1 ingresó a ese servicio el día 27 de septiembre de 2018, egresando del mismo 39 días después.

75. SP10 estableció que V1 ingresó a ese servicio con los diagnósticos de deficiencia neuromusculoesquelética severa de extremidad pélvica izquierda de etiología a determinar, probable radiculopatía múltiple de miembro pélvico izquierdo o plexopatía lumbosacra, vejiga e intestino neurogénicos, puerperio quirúrgico mediato, alteraciones que limitaban su marcha y moderadamente sus actividades básicas de la vida diaria como la higiene, el vestido inferior, traslados y transferencias con restricción en participación social. Asimismo, describió que de acuerdo a dos diferentes escalas para valorar la discapacidad física, ésta fue mayor a su ingreso y mejoró a su egreso, sin describir de forma específica los puntos que revirtieron o mejoraron.

76. Entre otras cosas de importancia, reiteró que el padecimiento de V1 inició el 23 de septiembre de 2018 al realizarle una cesárea urgente bajo anestesia epidural con bupivacaina hiperbárica, presentado dos horas después anestesia e inmovilidad del miembro pélvico izquierdo, comentando su posterior manejo ya conocidos, ingresando a esa unidad con excreción urinaria espontánea, sin evacuaciones en los últimos cuatro días, anestesia e inmovilidad del miembro pélvico izquierdo, sin más alteraciones aparentes.

77. Durante su estancia en esa Unidad, V1 recibió terapia física a base de movilización asistida en las extremidades inferiores, ejercicios de estiramiento de

diferentes grupos musculares con el propósito de aumentar la fuerza muscular de su extremidad inferior izquierda, favorecer el control del tronco y el equilibrio. Posteriormente se agregan ejercicios de fortalecimiento de cadera izquierda, para poderse mantener de pie en barras suecas y se enseñó a V1 a caminar con auxiliares, particularmente con bastón o andadera. Asimismo, recibió electroterapia en los músculos del glúteo, muslo, pierna y pie izquierdo, terapia que de acuerdo a la bibliografía médica tiene como objetivo estimular las fibras nerviosas y mejorar el dolor, al relajar e inhibir el espasmo muscular.¹⁰

78. Además de otorgarle terapia física se le brindó terapia ocupacional, dirigida al entrenamiento, favorecer la independencia sobre todo dirigida al vestido inferior, traslado y transferencia, actividades para mejorar el equilibrio y técnicas de reeducación sensorial a miembro pélvico izquierdo.

79. Asimismo, se le otorgó manejo farmacológico a base antiinflamatorios esteroideos, que le fue retirando progresivamente hasta el día de su egreso, presentó cifras de presión arterial elevadas que le fueron tratadas con un antihipertensivo (amlodipino), también se trató la neuropatía, y se prescribieron medicamentos para favorecer sus evacuaciones. Durante su estancia se le realizaron estudios de laboratorio para vigilar su condición metabólica y adecuadamente se le realizó electroneuromiografía el día 02 de noviembre de 2018, el cual reportó radiculopatía de la cuarta raíz lumbar a la cuarta sacra, del lado izquierdo (L4-S4 del lado izquierdo), que aunado a sus alteraciones clínicas confirmaba el daño de las raíces nerviosas.

¹⁰ *Guía de Equipamiento, Unidad de Rehabilitación, CEBETC-Salud, GE, UR.02, V.02, VI.2005, México pág. 10.*

80. SP10 determinó que V1 durante su internamiento cursó con una respuesta favorable al manejo integral, mostrando mejoría clínica progresiva en la movilidad y sensibilidad del miembro pélvico izquierdo, de proximal a distal, egresando sin sintomatología específica, realizando marcha independiente con bastón, subía y bajaba escaleras de forma deficiente, realizando todas las actividades de la vida diaria, solo requiriendo supervisión para traslados, transferencias y vestido inferior, clínicamente en buen estado general, con signos vitales normales, sin compromiso cardíaco, ni pulmonar, actitud libremente escogida, lograba mantenerse de pie de forma independiente, con buen equilibrio estático y dinámico regular, sin elevación de pie durante la marcha, en la fase de balanceo, con flexión de rodilla izquierda, sin dorsiflexión del tobillo y como aditamento requería de un zapato especial izquierdo, presentaba atrofia de la rodilla al pie izquierdo, sus arcos de movilidad pasivos eran completos en la cadera, rodilla y tobillo bilateral, con contractura muscular en la pierna, y tono muscular disminuido desde la rodilla al tobillo izquierdos, fuerza muscular por grupos musculares en general disminuida, sensibilidad alterada y reflejos de estiramiento alterados, sin más disfunciones de importancia.

81. Considerando que la rehabilitación es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona, se reitera que la atención brindada a la paciente posterior a encontrarla con una lesión nerviosa grave, incluido su tratamiento de rehabilitación fue oportuno y adecuado logrando recuperar parcialmente la movilidad y sensibilidad de su extremidad inferior izquierda, previamente perdidas, mejorando en general su capacidad funcional, al poder caminar con ayuda y ser independiente para la mayoría de sus actividades básicas, terapia que como mencionó SP10 debía ser constante y continua, ya que generalmente los daños neurológicos mayores como el que presentó como efecto adverso, son irreversibles y permanentes.

82. Después de que V1 egresó de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, región centro, fue atendida en la Unidad de Medicina Física “Villa Coapa”.

A.4. Atención de V1 en la UMFis “Villa Coapa” del IMSS

83. El 28 de noviembre de 2018, a las 08:22 horas V1 fue valorada por SP11 quien refirió que V1 cursaba con dolor leve intermitente, ardor y adormecimiento de la rodilla hacia abajo, falta de fuerza y movilidad en la pierna izquierda, aumento de volumen (edema) en el tobillo, sin más alteraciones, siendo independiente para realizar sus actividades de la vida diaria.

84. Transcurrido un mes, el 28 de diciembre de 2018, V1 fue revalorada por SP11, quien indicó que la paciente acudió a 8 sesiones de terapia, reportando mejoría clínica en sensibilidad y poca fuerza, persistiendo con aumento de volumen a nivel de tobillo izquierdo, falta de fuerza, movilidad y adormecimiento en la extremidad inferior izquierda.

85. Clínicamente describió haberla encontrado caminando con ayuda de andador, persistiendo con tono muscular disminuido, atrofia muscular y alteraciones en la sensibilidad, sin puntos de dolor, reflejos ausentes y edema de tobillo izquierdo, sin más alteraciones, por lo que determinó que debía continuar con terapia física, a base de corriente exponencial y tina remolino, además de que debía acudir a reeducación de la marcha, determinando que cursaba con el mismo diagnóstico.

86. De acuerdo con lo descrito, se determinó que la terapia física de rehabilitación otorgada a V1 fue adecuada, ya que ésta se ajustó a su evolución y alteraciones, siempre con el fin de mejorar la fuerza, sensibilidad y movilidad de la extremidad inferior izquierda.

87. Sin poder determinar la fecha, debido a que SP11, no la estableció en su nota médica de alta y contra-referencia, describió que la paciente cursó con una estancia de once semanas en ese servicio, otorgándole terapia física de rehabilitación, con diferentes sesiones, a base de electroterapia rusa y con exponenciales, terapia ocupacional, tina remolino, reeducación de la marcha y programas en casa, con las cuales presentó mejoría en la sensibilidad, no así en la fuerza, ni movilidad, con mejoría escasa de las alteraciones del pie y tobillo izquierdos.

88. Considerando lo antes descrito, se determinó que el 23 de septiembre de 2018, V1 sufrió una lesión incidental grave, secundaria al manejo anestésico que se le practicó con el fin de realizarle una cesárea urgente, afectando diferentes raíces nerviosas lumbares y sacras, que disminuyeron la función normal de su extremidad inferior izquierda, hasta ese momento irreversibles a pesar de haberlas detectado, tratado de forma oportuna, adecuada farmacológicamente y con terapia de rehabilitación física como es recomendado, causándole limitación para caminar y realizar sus actividades básicas de la vida diaria permanentes, por lo que ameritará vigilancia y seguimiento especializado, con determinaciones periódicas de la velocidad de conducción nerviosa, estudio complementario que brindara información sobre la funcionalidad nerviosa, ubicación, extensión y magnitud de la lesión, para instaurar su posterior manejo y estimar su pronóstico.¹¹

¹¹ Natalia De la Fuente L. , *Daño neurológico en anestesia regional periférica, Artículo de Revisión, Rev. Chil Anest, 2011; 40: pág. 259.*

B. VIOLACIÓN A LA INTEGRIDAD PERSONAL DERIVADO DE LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD DE V1.

89. La deficiente atención médica que AR1 y AR2 proporcionaron a V1, transgredió las siguientes disposiciones normativas vigentes el día en que ocurrieron los hechos: artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2o, fracciones I, II, V; 23, 32, 51 de la Ley General de Salud; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como la Norma Oficial Mexicana NOM 006-SSA3-2011, “Para la Práctica de Anestesiología”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012, que señalan el derecho de toda persona a la protección de la salud; que las finalidades de este derecho fundamental consistían en el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, y el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisficieran eficaz y oportunamente las necesidades de la población, entre otras; que los servicios de salud consistían en todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que la atención médica consiste en el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; y que las personas usuarias de los servicios de salud tendrían el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

90. Aunado a lo anterior, fue vulnerado el derecho a la integridad personal de V1. En el aspecto físico, para que un ser humano pueda desarrollarse y gozar su vida, requiere de un buen funcionamiento de su cuerpo y de sus órganos, por lo que el derecho humano a la integridad física, lo protege contra ataques a su cuerpo

o a su salud, que le causen alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad. En el aspecto psicológico, el ser humano debe ser protegido contra todo ataque que lo altere en su salud mental. En el aspecto moral, la persona humana no debe ser afectada en su capacidad y autonomía para conservar, cambiar y desarrollar sus valores.

91. Es por ello, que el derecho a la integridad personal se relaciona con otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida y a la protección de la salud.

92. El derecho a la integridad personal está relacionado con el derecho a la protección de la salud, puesto que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar la integridad personal de las mujeres. El derecho a la integridad física y mental está reconocido en los artículos 5, en relación con el 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; II, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 7.1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

93. En su Recomendación General 15, *“Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”*, emitida el 23 de abril de 2009, este Organismo Nacional precisó que: “Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades (...); de igual forma, expresó su preocupación por la inobservancia del marco normativo que rige a las instituciones públicas de salud, ya que derivado del análisis de las quejas que se presentan en esta Comisión Nacional, ha sido posible identificar que en el desarrollo de sus funciones, las personas servidoras

públicas que prestan los servicios públicos de salud en el territorio nacional incumplen de manera reiterada con lo prescrito por las diversas Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para los sectores público, privado y social.

94. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja y de las constancias descritas en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se advierte que AR1 y AR2, no otorgaron a V1 la debida atención médica, pues existió una inadecuada aplicación de la anestesia durante la cesárea que se le realizó, generando con ello la pérdida permanente de movilidad de su pierna izquierda, lo que se traduce en la violación al derecho a la integridad personal en relación con el derecho a la protección de la salud, al suministrar 10 mg de bupivacaína hipervárica antes de sacarla o sin corregir posición de aguja.

95. Si bien es cierto que la nota de registro de anestesia y recuperación de 23 de septiembre de 2018, establece que AR2 realizó la aplicación del medicamento bupivacaína, también lo es que como se abordó en párrafos anteriores se omiten datos de cédula profesional de AR2, por tanto, en caso de que fuera residente AR1 sería la médica responsable del procedimiento de anestesia de V1, acorde a la NOM-090-SSA1-1994.

96. Es importante recordar lo señalado por SP10 sobre el diagnóstico de V1, ya que señaló que conservaba “alteraciones que limitaban su marcha y moderadamente sus actividades básicas de la vida diaria como la higiene, el vestido inferior, traslados y transferencias con restricción en participación social”.

97. Esta afectación generó una discapacidad de por vida a V1, no obstante las 80 sesiones de terapia y ejercicios que le indicaron, que si bien reportó mejoría

clínica posteriores a las sesiones, esta no fue total, dando como resultado un pronóstico bueno para la vida pero malo para la función de la pierna izquierda, generando con ello las secuelas que refiere V1 afectando su vida privada y familiar

C. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.

98. Con relación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los hechos que propiciaron la inadecuada atención médica de V1, de acuerdo a su propia naturaleza también constituyen violencia obstétrica.

99. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “[...] la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]”; “[b]rindar 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 “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

100. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 31/2017 ha definido 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.”*¹²

101. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo

¹² Recomendación General 31/2017, Párr. 94.

y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto".¹³

102. La CIDH, en su informe sobre "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos", ha enfatizado 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*"¹⁴.

103. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que "el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos

¹³ Ibid. pag. Parr. 49, pag. 18

¹⁴ CIDH. Informe CIDH, "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos", 7 de junio de 2010, pár. 84

humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos” .¹⁵

104. El Comité CEDAW reiteró en 2018 al Estado Mexicano su preocupación por las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto¹⁶, por lo que recomendó se armonicen las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.

105. Por su parte la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe 2019 a la Asamblea General de la ONU, sobre el consentimiento informado para los procesos médicos indica, incluyendo la cesárea, que “[l]as mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas [...] [Los] formularios de consentimiento, relativos a procedimientos como la anestesia epidural y la cesárea, se suelen presentar a la mujer durante el propio alumbramiento, a veces incluso durante las contracciones, lo que hace que a la mujer le resulte difícil comprender la información contenida en el formulario o realizar las preguntas pertinentes. De todo ello se desprende que los formularios de consentimiento se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado”.

¹⁵ Recomendación 652018, párr. 86.

¹⁶ Ibid. pag. Parr. 49, pag. 18

106. Añade la importancia de que “[E]l personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información...” [L]a información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión”.

107. La Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, en el informe anteriormente señalado hace recomendaciones sobre la forma en que los estados pueden combatir y prevenir el maltrato y la violencia obstétrica, para ello deben¹⁷:

a) *Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;*

b) *Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;*

c) *Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;*

Para la Prevención de la violencia obstétrica deben:

d) *Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;*

e) *Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;*

¹⁷ Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019, A/74/137. Párr. 81

f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;

g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;

h) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica;

i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria;

108. De las constancias analizadas y descritas, la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, señaló que, para realizar la cesárea a V1, el 23 de septiembre de 2018, AR1 y AR2, aplicaron como técnica anestésica, un bloqueo mixto (subaracnoideo-epidural), durante el cual V1 realizó un movimiento brusco y aun cuando ella refirió haber sentido en ese momento un dolor intenso, esta manifestación no fue inscrita en la hoja de registro de anestesia y recuperación, y contrario a lo establecido en la bibliografía médica¹⁸

109. , que refiere que se debe retirar la aguja para reintentar en otro espacio o cambiar de método anestésico, AR1 continuó la aplicación e inyectó 10 mg del fármaco bupivacaína hiperbárica, ocasionando con ello una complicación neurológica grave secundaria a la anestesia.

110. Se destaca como anteriormente se mencionó y de la descripción de V1 sobre el procedimiento, que ante la dificultad para la aplicación de la anestesia se le exigió una posición compleja, consecuencia del propio estado físico del embarazo, debido al abdomen globoso, por lo que AR1 solicitó a 3 personas que forzaran a V1 a estar

¹⁸ *Ibíd. Parr. 45.*

en la posición que requería y así evitar que se moviera al momento de introducir la aguja para la aplicación de la anestesia, no obstante esta situación, debido a la inadecuada praxis en la aplicación, describió AR1 y AR2 en su nota médica que V1 realizó un movimiento brusco en ese momento.

111. En virtud de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que se violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica durante el procedimiento anestésico (subaracnoideo-epidural) que el 23 de septiembre de 2018, AR2, bajo la probable supervisión de AR1, efectuó a V1 para la realización de la cesárea con que se resolvió el embarazo que cursaba, toda vez que acorde con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se le suministró 10 mg de bupivacaína hiperbárica sin corregir la dirección o retirar la aguja empleadas, generando traumas directos de estructuras neurales, debilidad motora y disminución muscular de la pierna izquierda, posterior al nacimiento de su tercer hijo, impidiéndole con ello disfrutar de su maternidad y, a partir de entonces, de vivir sin sufrimiento en razón de la pérdida de su autonomía, restringiéndola en su movimiento, obligándola junto con V2, V3 y V4 a ser dependientes de una tercera persona, que en este caso es V5.

112. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 y AR2, son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

D. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

113. Esta Comisión Nacional recuerda que la apropiada integración del expediente clínico es un deber a cargo de las personas prestadoras de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de las y los pacientes, el historial inherente a su tratamiento y permite conocer la verdad sobre hechos relacionados con la atención médica; por lo que, las instituciones de salud son responsables de su cumplimiento.

114. Por su parte, la CIDH, precisa que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades¹⁹”*

115. La NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” prevé que el expediente clínico *“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 [...]”²⁰.*

¹⁹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr..68.

²⁰ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012

116. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, emitida en el 2017, señaló que se consideró 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”²¹*

117. En la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que en las constancias médicas que obran en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó a V1 en hospitales de IMSS, se detectaron diversas omisiones lo que implica un incumplimiento a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, ya que en la notas médicas del personal médico de la UMAE HGO No. 4, de las 17:30 horas del 24 de septiembre y de 24 de diciembre de 2018, los nombres y números de cédulas profesionales quienes atendieron a V1, no son legibles; asimismo, SP9 de la Unidad de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, omitió establecer la hora de atención a V1, de igual manera SP11, no estableció la fecha en la nota médica de alta de V1.

118. Se destaca todas las notas de atención médica por parte del personal de anestesiología, únicamente se encuentra el nombre completo, firma y número de cédula profesional de AR1, quien elaboró las notas y quien describe entre paréntesis que fue AR2 quien realizó todo el procedimiento.

119. Opuestamente, AR2 en todas las notas de atención médica de anestesiología solo se encuentra su primer nombre y un apellido, carecen además de número de cédula profesional y de firma.

²¹ Recomendación Gneral 29/2017, párr.68

120. Específicamente por la falta de horas y nombres se incumple el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 (numeral que dejaron de atenderse), que establece que *“todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso”*.

121. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico sea cumplida totalmente.

122. Dichas omisiones no son causa inherente de las complicaciones que presentó V1 con relación al suministro de la anestesia; sin embargo, resulta importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes, pues la incorrecta integración del mismo constituye una violación al derecho a la información en materia de salud, toda vez que impide conocer de manera precisa la atención, tratamiento, seguimiento médico de pacientes, la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades, por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

E. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

123. El artículo 6o, párrafo segundo, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

124. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud²².

125. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”²³

126. Por otra parte, se debe considerar que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico advierte que “...el expediente clínico 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, 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.”

127. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró 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

²² CNDH. Recomendaciones: 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019, párr. 63; 21/2019, párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017, párr. 116.

²³ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV

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.”²⁴

128. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁵

129. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones.²⁶

130. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a V1 en la UMAE HGO No. 4, AR1 y AR2,

²⁴ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35

²⁵ CNDH. 1/2021, párr.. 86, 43/2020, párr.. 72; 26/2019, párr.. 68; 21/2019, párr.. 67 y 33/2016, párr. 105.

²⁶ CNDH. Recomendaciones 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019, 26/2019, entre otras.

SP9 y SP11, omitieron asentar su nombre completo, fecha y hora de atención; por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el punto 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM- 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, que establece “(...) Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...).”

131. No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el IMSS resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

88. Por lo expuesto, AR1, AR2, SP9 y SP11, incumplieron con lo previsto en el artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevé su obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

F. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA.

132. El proyecto de vida, atiende a *“la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, actitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”*²⁷, se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para condicionar su vida y alcanzar el destino que se propone e implica *“la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal en forma irreparable o muy difícilmente reparable”*²⁸.

133. En el presente caso, la falta de movimiento de la pierna izquierda de V1, que actualmente cuenta con 32 años de edad, generó un daño a su integridad física de manera permanente y con efectos directos en su expectativa futura en relación con su capacidad y autonomía, ya que no le es posible desplazarse sin ayuda de un aparato ortopédico.

134. Esta discapacidad motriz parcial, trajo consecuencias en su vida personal y familiar, porque ante la falta de autonomía y de movilidad tuvo que mudarse de un departamento en el cuarto piso a una habitación en planta baja, donde sólo tiene espacio para dos camas, una estufa pequeña y un baño, para ella y sus 3 hijos, V2 que tiene 13 años, V3 de 9 años y V4, que nació el día que se practicó la cesárea como en su oportunidad lo refirió V1 en acta circunstanciada de 26 de marzo de 2021.

²⁷ Corte IDH. *Caso Loaiza Tamayo vs. Perú. (Reparaciones y costas)*. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, párr. 147

²⁸ *Ibíd.* párr. 150

135. Debido a que la lesión se generó durante el procedimiento de cesárea de su tercer hijo, V1 no pudo cuidarlo directamente y fue su madre quien la apoyó, además de dedicarse por completo del cuidado de sus 3 hijos.

136. A pesar de que al momento en que ocurrieron los hechos vivía con su pareja, derivado de la discapacidad generada a V1 tuvo como consecuencia que se quedara sola al cuidado de sus 3 hijos sin el apoyo y la solvencia económica de su expareja.

137. Actualmente y debido a sus limitaciones físicas, V1 obtiene algunos ingresos de la venta de alimentos en la vía pública, refiere que es su madre quien le apoya en el cuidado de sus 3 hijos y con los gastos, pero es insuficiente. Asimismo, debe de usar una plantilla, pero la pérdida de vigencia de derechos ante el IMSS y su situación económica no le permite adquirirla, por lo que de manera improvisada con un resorte sujeta su pie a la cadera, ya que por la falta de sensibilidad y de movilidad no tiene control desde su rodilla hasta el pie.

138. Esta discapacidad le ha impedido emplearse formalmente y adquirir ingresos y la seguridad social que garantice su derecho a la salud y de sus hijos.

139. Para esta Comisión Nacional es importante que se tome en cuenta el efecto la discapacidad motriz parcial permanente en la vida de V1 y su familia, desde un análisis interseccional y diferencial, toda vez que las condiciones de vulnerabilidad a las que se enfrenta ahora V1 se acumulan para experimentar más discriminación y exclusión, en consecuencia “es posible señalar que la suma de la discriminación por género, más la propiciada por motivos de discapacidad, más la generada por las distintas barreras sociales, colocan a estas mujeres en una situación de mayor

vulnerabilidad respecto a los hombres con discapacidad y a las personas sin ella”.²⁹
“La discapacidad no sólo es causa sino también consecuencia de la pobreza [...]”³⁰

140. Las personas con discapacidad y sus familias presentan mayores índices de pobreza en los rubros de inseguridad alimentaria, falta de agua potable, condiciones deficientes de vivienda, así como de acceso a servicios de salud.

141. De las mujeres con discapacidad solo el 32% participan en alguna actividad económica, frente al 68% de los hombres. Ellas tienen una participación económica por debajo de la mitad respecto a ellos. Esta situación ya es perceptible en la vida de V1, ya que las condiciones actuales de V1 son precarias al no poder continuar con las labores que llevaba acabo previ6 a la lesi6n generada, financieramente se sostiene del apoyo de su madre y tiene que recurrir a la venta de productos para tener ingresos econ6micos bajo un esquema informal, sin seguridad social ni derechos laborales³¹.

142. Por lo expuesto en el p6rrafo anterior, esta Comisi6n Nacional considera que es procedente que la autoridad compense a V1 por el da6o causado.

IV. RESPONSABILIDAD.

143. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendaci6n, AR1 y AR2, incurrieron en responsabilidad en el desempe6o de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas, mismas que configuraron violaciones a los

²⁹ Prieto de la Rosa, Alejandra, Discriminaci6n m6ltiple: mujeres con discapacidad en M6xico, Revista G6nero y Salud en cifras, Volumen 11, n6mero 2, Centro Nacional de Equidad de G6nero y Salud Reproductiva, 2013.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249671/Discriminacionmultiplemujerescon.pdf>

³⁰ *Ib6dem*

³¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en M6xico. 2011. M6xico. INEGI 2012.

derechos a la salud por la inadecuada atención médica, integridad personal, acceso a la información en materia de salud y el derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, así como a su proyecto de vida.

144. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación de la persona, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de V1, lo que en el caso concreto no aconteció.

145. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1 y AR2 incurrieron en acciones u omisiones señaladas en el apartado correspondiente susceptibles de sere investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. .

146. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la CPEUM; 6º, fracción III; 71 párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos,

se cuenta en el presente caso con suficientes evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, realice el seguimiento del procedimiento administrativo de investigación correspondiente, contra las personas servidoras públicas antes referidas, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

V. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

147. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“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.”*

148. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

149. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman,

independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

150. El 23 de septiembre de 2018, a través de la nota médica de SP12, se advierte que el transductor del equipo de ultrasonido se encontraba dañado, mismo que otras pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia pudieron requerir de ese estudio, incumpliendo con ello lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

151. Por consiguiente, esta Comisión Nacional determina que el responsable del UMAE HGO No. 4, debió realizar las acciones administrativas para que el equipo médico se encontrara en buenas condiciones para su uso, con la finalidad de garantizar la oportuna y eficiente prestación de servicios a las y los pacientes que llegaran a requerir de esa herramienta indispensable para el servicio de especialidad de Gineco Obstetricia, incumpliendo con ello, el artículo 26 del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

152. También se señala la falta de información dentro del informe proporcionado por el IMSS, a pesar de las 3 ocasiones que se solicitaron los datos completos de AR2, ya que como continuamente se mencionó las notas no contenían su cédula profesional, nombre completo ni firma, además de que no se adjuntaron los informes personales de cada una de las personas servidoras públicas que participaron en los hechos señalados el 23 de septiembre de 2018, por lo que se deberá contemplar la aplicación de artículo 73 de la CNDH y el párrafo tercero del artículo 112 del Reglamento de esta CNDH.

153. Por lo anteriormente expuesto, que esta Comisión Nacional considera que el IMSS es responsable institucionalmente.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL.

154. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, y VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

155. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

A) Medidas de rehabilitación.

156. De conformidad con los artículos 26 y 27, fracción II y 62, fracción I, de la Ley General de Víctimas se deberá brindar a V1, V2, V3 y V4, la atención psicológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional por la afectación que ha sufrido V1 ante

la inmovilidad de su extremidad inferior izquierda, hasta su sanación psíquica y emocional.

157. Se deberá otorgar a V1 la atención médica y de rehabilitación que incluyan el tratamiento de rehabilitación física permanente que pudiera requerir debido a la afectación de su extremidad inferior izquierda derivada de la aplicación de la anestesia en el proceso de cesárea, debiendo otorgar, la provisión de medicamentos, equipo ortopédico, así como la atención integral que requiera de forma vitalicia.

158. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, proporcionando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos y transporte en caso de requerirlos.

B) Medidas de satisfacción.

159. Las medidas de satisfacción, de acuerdo con los artículos 26 y 27 fracción IV, de la Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas. Es necesario tomar en cuenta que éstas se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

160. Se requiere que, dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1, la autoridad recomendada colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS

en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.

161. Independientemente de la responsabilidad administrativa en que hubiesen incurrido AR1 y AR2, una vez que se determinen las responsabilidades por parte de la autoridad investigadora, se deberá anexar la presente Recomendación a su expediente laboral, como antecedente de participación en violaciones a los derechos humanos.

C) Garantías de no repetición.

162. Tomando en consideración los artículos 26 y 27, fracción V, de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

163. En un plazo de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá diseñar e impartir un curso integral dirigido a todo el personal médico de anestesiología y residentes de esta especialidad de la UMAE HGO No. 4, comprobando que lo hagan específicamente AR1 y AR2, relacionados con la capacitación y formación en materia de derechos humanos, específicamente sobre 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud, 2) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento (NOM-006-SSA3-2011 y NOM-004-SSA3-2012 y la Recomendación General 29/2017 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 3) El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación

General 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud de esta Comisión Nacional. En todos los cursos se deberá señalar que se están impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

164. Dichos cursos deberán ser impartidos por personal especializado y experiencia demostrada, con perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres y neonatos, a fin de sensibilizar al personal de salud.

165. Estos cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, los cuales deberán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea.

166. Además, dichos cursos deberán de tener una duración mínima de 20 horas, lo que se acreditará con la entrega a esta Comisión Nacional las evidencias entre las cuales deberán mostrar programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o fotografías, evaluaciones, entre otros.

167. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de la UMAE HGO 4 en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, asimismo, la copia del documento que acredite la certificación o recertificación que hayan obtenido, en los casos que así corresponda, añadiendo un listado del personal médico especialista que cuenta con certificación y recertificación vigente.

168. En un plazo no mayor a un mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, durante los tres meses siguientes.

169. En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente resolución, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

170. Ante el estado de deterioro de los aparatos de ultrasonido para brindar una atención médica adecuada; en un plazo de 6 meses, se deberá dotar al UMAE HGO No. 4 de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo los insumos para el uso de equipo médico, en específico para realizar ultrasonidos.

D) Medidas de compensación.

171. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, por tanto, de conformidad con los artículos 26, 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, esta debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a

la gravedad de la violación a derechos humanos sufrida, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, de forma oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido. Tomando en cuenta los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos. Por ello, la autoridad recomendada deberá de solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas su intervención como asesor técnico jurídico con la finalidad de que se realice el dictamen de reparación integral el cual deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1, V2, V3 y V4, por la inadecuada atención médica durante procedimiento de anestesia que se requirió para la realización de la cesárea que resolvió el embarazo de V1 y, por tanto, la violencia obstétrica de la cual fue víctima V1, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y en términos de la Ley General de Víctimas.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la inmediata reparación integral del daño ocasionado a V1, V2, V3, V4 y V5, incluyendo el pago de compensación económica e inscribirles inmediatamente en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, así como proporcionar la atención psicológica que requieran, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcance, en la medida de lo posible, su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus

necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA.- Se deberá otorgar a V1 la atención médica y de rehabilitación que incluyan el tratamiento de rehabilitación física correspondiente derivado de la afectación de su extremidad inferior izquierda debiendo otorgar la provisión de medicamentos, equipo de apoyo para su movilidad que sean necesarios, así como la atención integral que requiera de forma vitalicia y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con este Organismo Nacional en el seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS contra AR1 y AR2 por los actos cometidos en contra de V1, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del HGO No. 4 del IMSS, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como un listado de las y los especialistas que cuenten con certificación y recertificación vigente y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan a todo el personal directivo, médico y de residencia en el HGO No. 4, del IMSS, con especial énfasis de las áreas de anestesiología, incluidos AR1 y AR2, los siguientes cursos de capacitación de no menos de 20 horas: 1) El Derecho a la Salud y los estándares

de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud, 2) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento (NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-2011 relativas al presente caso y Recomendación General 21/2017, 3) El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017, sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. En todos se deberá señalar que se esta impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación. Se deberán contemplar los elementos y características descritos en la presente recomendación, los que deberán ser impartidos por personal especializado, los cuales podrán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo no mayor a un mes de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, y se deberá presentar a esta Comisión las evidencias respectivas.

SÉPTIMA. En un plazo de 12 meses deberá actualizar un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la

OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión Nacional las evidencias respectivas que acrediten su aplicación.

OCTAVA. En un plazo de 3 meses, se deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se dote a la UMAE HGO NO. 4, de los instrumentos, equipos, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, incluyendo las prácticas administrativas que pueden impedir, retrasar la realización y entrega de estudios de laboratorio y gabinete, iniciando con un equipo de ultrasonido en perfecto funcionamiento.

NOVENA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

172. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero,



Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

173. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

174. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

175. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA