



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 55/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD DE V1 Y V2, ASÍ COMO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE V1 Y V2, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1, MUJER ADOLESCENTE Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V2 EN HOSPITALES DEPENDIENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 9 de Noviembre de 2018

**MTRO. FRANCISCO JAVIER GARCÍA CABEZA DE VACA
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE TAMAULIPAS**

Distinguido señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3, párrafo segundo, 6, 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 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/4/2017/8824/Q, relacionado con los casos de V1 y de V2.

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 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. y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 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. A efecto de facilitar la lectura de la presente Recomendación, la referencia a las instituciones involucradas en el caso, se hará con acrónimos o abreviaturas y a fin de evitar repeticiones, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Abreviaturas
Hospital General “Dr. Carlos Canseco” dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en Tampico	Hospital General de Tampico
Hospital General “Dr. Rodolfo Torre Cantú” dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en Altamira	Hospital General de Altamira
Hospital Civil “Dr. Heriberto Espinosa Rosales” dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en Ciudad Madero	Hospital Civil de Ciudad Madero
Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en Altamira	Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc

Centro de Salud de Villa Manuel dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en González	Centro de Salud de Villa Manuel
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas	Comisión Estatal
Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas	Procuraduría

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor Público
T	Testigo
MPSS	Médico Pasante de Servicio Social

I. HECHOS.

4. El 28 de noviembre de 2017, se publicó en el portal de internet Milenio Tamaulipas¹, la nota titulada “*Denuncian negligencia por muerte de dos bebés*”, a través de la cual se difundió el caso de V1, de 15 años de edad, quien acudió al Hospital General Altamira el día 25 de noviembre de 2017, para ser atendida durante

¹ <http://www.milenio.com/estados/denuncian-negligencia-en-muerte-de-bebe>

el trabajo de parto, sin embargo, por presunta negligencia médica del personal del nosocomio, el producto de la gestación falleció y V1 perdió la matriz.

5. En la misma publicación se refirió que los hechos se registraron durante el fin de semana, en el que se presentó otro caso, donde se reportó el fallecimiento de un neonato.

6. .Por tanto, al considerar que la protección de la salud es un derecho elemental para todas las personas y particularmente para las mujeres gestantes quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, y siendo una de las víctimas adolescente, al existir elementos para considerar que en el caso pudieran actualizarse omisiones posiblemente violatorias de derechos humanos, el 5 de diciembre de 2017, con fundamento en los artículos 24 fracción II, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 89 de su Reglamento Interno, esta Comisión Nacional acordó atraer e iniciar de oficio del caso.

a. Caso de V1.

7. En entrevista celebrada el 12 de abril de 2018 con Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional, V1 manifestó que el 24 de noviembre de 2017, cuando contaba con 15 años de edad y se encontraba embarazada, acudió junto con T1 al Hospital General de Tampico, Tamaulipas, aproximadamente a las 18:00 horas, ya que su bebé *“estaba por nacer”*, donde fue revisada por una ginecóloga, quien le dijo que le faltaba una semana para nacer.

8. V1 y T1, decidieron permanecer fuera del hospital, pues ya llevaban ropa, pañales y leche. Al día siguiente, T1 insistió en que V1 fuera atendida porque se sentía mal, sin embargo, nuevamente se le dijo que faltaba una semana para el nacimiento de su bebé, por lo que decidieron retirarse a su domicilio ubicado en la localidad de Villa Cuauhtémoc, municipio de Altamira, Tamaulipas, que está aproximadamente a 50 kilómetros de distancia.

9. V1 continuó con dolores en el vientre, por lo que aproximadamente a las 13:00 horas del 25 de noviembre de 2017 acudió al Centro de Salud de la localidad, donde revisaron el corazón del bebé y le dijeron que latía muy lento; por tanto, fue referenciada al área de urgencias del Hospital General de Altamira. V1 manifestó que al llegar a aquella unidad hospitalaria, ingresó al área de urgencias donde fue valorada por AR2, quien le dijo que no presentaba dilatación y le indicó nuevamente que regresara a su casa.

10. El 25 de noviembre de 2017, aproximadamente a las dos de la tarde, V1 acudió al Hospital General de Altamira, donde personal médico le comunicó que su bebé no tenía pulso. A las 21:00 horas, una ginecóloga confirmó el deceso del producto de la gestación.

11. El 26 de noviembre a la 01:00 horas, fue ingresada a quirófano a fin de que se extrajera al óbito, siendo informada más tarde por la misma ginecóloga, que para salvaguardar su vida también le quitaron *“la matriz porque se había infectado y tenía hemorragia,”* permaneciendo una semana internada en el hospital. Es de destacar que a V1 también le retiraron una parte del apéndice, porque estaba infectada.

b. Caso de V2

12. V2, de 32 años de edad, cursaba el octavo mes de su tercer embarazo. A las 09:00 horas del 25 de noviembre de ese año, comenzó a sentir dolores de parto, por lo que se trasladó junto con V3 al Centro de Salud de Villa Manuel, municipio de González, Tamaulipas.

13. En el citado nosocomio, V2 fue referenciada al Hospital General de Altamira, al cual arribó a las 13:00 horas y se le practicó un ultrasonido en el que se detectó que su bebé había fallecido, situación que atribuyó a la demora en su atención médica.

14. V2 refirió haber perdido el conocimiento durante su estancia en el Hospital General de Altamira. En éste, fue diagnosticada con probable choque séptico, óbito² fetal, y anemia. Debido al estado de urgencia y a la falta de médico internista, ese día por la tarde fue trasladada al Hospital Civil de Madero, Tamaulipas.

15. V2 mencionó que el 26 de noviembre de 2017, recobró el conocimiento, sin saber qué había sucedido con ella y el producto de la gestación. Se le practicó una cesárea para extraer el producto de la gestación y permaneció hospitalizada 20 días.

II. EVIDENCIAS.

16. Nota periodística publicada el 28 de noviembre de 2017, en el portal de internet 1, titulada *“Denuncian negligencia por muerte de dos bebés”*, en la que se difundieron los casos de V1 y V2.

17. Acuerdo de radicación de queja de oficio y atracción de 5 de diciembre de 2017, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar el expediente CNDH/4/2017/8824/Q para investigar los hechos que dieron origen a los casos de V1 y V2.

18. Oficio 0072/18, de 11 de enero de 2018, a través del que la Comisión Estatal remitió el Expediente 1, del que se destacan las siguientes constancias:

18.1 Nota periodística publicada el 29 de noviembre de 2017, en el portal de noticias *“Reporte Noreste”* sobre el caso de V1 y V2, con el título: *“Denuncian presunta negligencia médica en el Hospital Torre Cantú”*.

² Se define como la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 ó de fetos con peso mayor de 500 g. Fuente: Molina S, Alfonso D. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible?. Univ. Méd Bogotá (Colombia), enero-marzo 2010, pág. 61.

18.2 Oficio SST/HGA/DIR/0-000401/2017, de 14 de diciembre de 2017, por el cual SP2 rindió informe ante la Comisión Estatal.

18.3 Oficio DJ/DH/00596/2018, de 17 de enero de 2018, suscrito por SP3 a través del cual informó que se radicó una Carpeta de Investigación, encontrándose la misma en integración.

19. Acta Circunstanciada de 6 de septiembre de 2018, en donde se hizo constar que SP3 proporcionó información relacionada con la Carpeta de Investigación, misma que se encuentra en integración.

20. Opinión médica sobre los casos de V1 y V2, emitida el 9 de octubre de 2018, por personal de este Organismo Nacional.

21. Escrito sin fecha, suscrito por SP1 mediante el que se informó la atención médica brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Altamira.

Caso de V1.

22. Acta Circunstanciada de 12 de abril de 2018, en la que se hizo constar la entrevista con V1 y V3, respecto de sus testimonios sobre los hechos y aportaron evidencias.

23. Oficio SST/HGA/DIR/0-000401/2017, de 14 de diciembre de 2017, suscrito por SP1 en el que informó sobre la atención brindada a V1.

24. Nota de valoración de Toco cirugía, de 25 de mayo de 2018, elaborada por la Jefa de Servicio de Ginecobstetricia del Hospital General de Tampico, en la que asentó que V1 acudió a ese hospital el 24 de noviembre de 2017 a las 17:40 horas y en la exploración física se encontró producto único vivo de 39.6 semanas de gestación.

25. Informes rendidos por personal médico adscrito al Hospital General de Altamira, en el que se establece la atención proporcionada a V1.

26. Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General de Altamira.

Caso de V2.

27. Acta Circunstanciada de 11 de abril de 2018, en la que se hizo constar la entrevista de personal de este Organismo Nacional con V2, quien dio su testimonio sobre los hechos.

28. Expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General de Altamira.

29. Expediente clínico de V2 integrado en el Hospital Civil de Ciudad Madero.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

30. El 29 de noviembre de 2017, la Comisión Estatal radicó el Expediente 1, con motivo de los hechos materia del presente pronunciamiento. En razón del acuerdo de atracción emitido el 5 de diciembre de 2017 por este Organismo Nacional, el 11 de enero de 2018, la citada Comisión Estatal remitió a esta institución las constancias del caso para la continuación de la investigación.

31. El 13 de enero de 2018, la Procuraduría de Tamaulipas inició una Carpeta de Investigación por el delito de responsabilidad médica en contra de quien resulte responsable, con motivo de la publicación de una nota electrónica titulada *“Denuncian presunta negligencia médica en el Hospital Torre Cantú”*, misma que se encuentra en integración.

32. La Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas informó que no inició queja administrativa, ya que *“las atenciones que se prestaron a las pacientes fueron hechas en el estricto marco de las prácticas médicas y los parámetros que para estos casos señala la Ley General de Salud”*.

IV. OBSERVACIONES.

33. En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2017/8824/Q, en términos de lo dispuesto en el 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, a la protección de la salud de V1 y V2; a una vida libre de violencia de V2 e interés superior de la niñez de V1.

A. Derecho a la protección de la salud.

34. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha dispuesto en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*³.

35. Esta Comisión Nacional, ha reiterado que ese derecho 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 los servidores públicos de las instituciones 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 [...]”*⁴.

³ SCJN. Jurisprudencia Administrativa P.J. 1ª./J.50/2009 Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Abril de 2009, registro 157530.

⁴ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, párrafo 24.

36. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*⁵.

37. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*⁶.

38. Además se puntualizó que: *“[m]uchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó que: *“es 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”*⁷.

39. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su numeral 12.2 establece que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”*.

40. 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*

⁵ Observación General No.14, *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, (artículo 12) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones, 2000, aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párrafo 1.

⁷ *Ibidem*, párr. 27.

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”⁸.

41. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a y b del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*; asimismo que los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”*.

A.1 Caso de V1.

- **Consideraciones preliminares sobre el embarazo adolescente.**

42. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adolescente como una persona entre 10 y 19 años de edad. En México, el artículo 5 de la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes considera como adolescentes a las personas de entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.

43. El embarazo en la adolescencia se define como: *“el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica”⁹*, entendiéndose como tal, *“al tiempo transcurrido desde*

⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

⁹ OMS. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ Consulta realizada el 10 de octubre de 2018.

*la menarca*¹⁰, cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. La adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano, donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

44. Al respecto, este Organismo Nacional considera que el embarazo adolescente (EA) es un problema de salud pública mundial que puede afectar el ámbito fisiológico y emocional de la madre y padre adolescente, así como la condición educativa de ambos entre otros múltiples aspectos. Por ello, esta condición puede afectar el proyecto de vida de los futuros padres, y clínicamente pudiera poner en peligro físico y emocional a la madre y en algunos casos, al producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo.

45. Los riesgos médicos en las madres adolescentes determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años. Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %)¹¹, como lo fue el caso de V1.

46. En el aspecto médico, el primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. Se considera que *“la morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos [...].En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática: En la segunda mitad del embarazo se encuentran, los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, y la rotura prematura de las membranas ovulares”*¹².

¹⁰ Inicio de la menstruación.

¹¹ OMS. <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> Consulta realizada el 10 de octubre de 2018.

¹² Vallejo Barón, Juliana, *Embarazo en adolescentes complicaciones*, Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX, numeral 605, p. 65-69.

- **Control prenatal de V1.**

47. El control prenatal de V1, de 14 años de edad, inició en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc, donde fue valorada por primera vez el 29 de septiembre de 2017 por MPSS, quien emitió el diagnóstico de: *embarazo de 27.6 gestación, alto riesgo por edad materna*. V1 cursó con sobrepeso, también considerado un factor de riesgo en el embarazo por la *Guía de Práctica Clínica para el control Prenatal con enfoque de Riesgo*, por asociarse con riesgos de presentar preeclampsia¹³ y culminación del embarazo por cesárea.

48. MPSS referenció a V1 al segundo nivel de atención en el Hospital General de Altamira por el embarazo de alto riesgo. También diagnosticó que V1 presentaba signos de anemia; la *Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con enfoque de Riesgo* recomienda realizar pruebas de tamiz para detectar anemia en la primera cita y a las 28 semanas de gestación, así como inicio de tratamiento, ya que este padecimiento se ha asociado con parto prematuro y bajo peso del recién nacido. Al respecto, MPSS omitió indicar tratamiento a base de hierro, incrementando el riesgo de parto prematuro.

49. También, es preciso destacar que el numeral 5.2.1.9 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular, si es adolescente menor a 15 años, deberá realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género, a fin de que en su caso, se inicien las acciones jurídicas procedentes.

50. En ese sentido, la edad de V1 no fue tomada en cuenta por MPSS en la citada consulta, toda vez que no describió haber realizado la búsqueda intencionada de

¹³ La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo que, según la Sociedad Española de Hipertensión, puede afectar al 7-10% de las mujeres. Se define por una elevación de la presión arterial a partir de la semana 20 de gestación asociada a una pérdida de proteínas por la orina. Diccionario Médico, Clínica de la Universidad de Navarra.

violencia de tipo sexual, familiar o de género, incumpliendo con lo establecido por la citada Norma Oficial Mexicana.

51. El 20 de octubre de 2017, a las 09:20 horas, V1 acudió al Centro de Salud Villa Cuauhtémoc, donde se le diagnosticó con embarazo de 33-34 semanas de gestación con buen estado clínico. El 27 del mismo mes y año, V1 fue valorada en el Hospital General de Altamira por SP1 quien destacó que no se había realizado ultrasonido obstétrico durante el embarazo.

52. El citado estudio, era necesario ya que la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, refiere la importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas para detectar riesgos fetales y maternos, y en su apartado 5.2.1.16 recomienda la realización de un ultrasonido cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal.

53. El primero de estos estudios debe realizarse entre las semanas 11 a 13.6, el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación. En el caso de V1, la falta del ultrasonido obstétrico durante el curso del embarazo, corrobora la inadecuada valoración y vigilancia durante el control prenatal de V1 otorgada en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc, por lo que SP1 solicitó el ultrasonido obstétrico para V1 e integró el diagnóstico de embarazo de 31.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación, embarazo de alto riesgo por edad y anemia por falta de hierro, indicando tratamiento para esa deficiencia.

54. El 13 de noviembre de 2017, a las 12:15 horas, V1 acudió al Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc donde fue valorada por MPSS, quien diagnosticó embarazo de 34.2 semanas de gestación, *pródromos*¹⁴ de trabajo de parto y amenaza de parto pretérmino y debido a ello, indicó a V1 acudir al Hospital General de Altamira para revaloración.

¹⁴ Datos iniciales del trabajo de parto.

55. A las 16:45 horas del 13 de noviembre de 2017, V1 acudió al Hospital General de Altamira donde fue valorada por AR1, quien describió un embarazo de 38.5 semanas de gestación y trabajo de parto inicial. De igual forma, reportó que V1 cursaba con pródromos, sin especificar más datos, producto cefálico, frecuencia cardíaca fetal normal, sin describirla, y cérvix cerrado.

56. Sobre esta valoración, la Opinión Médica de este Organismo Nacional determinó que AR1 no realizó una valoración integral de V1, toda vez que no describió los signos vitales, datos somatométricos (peso y talla), exploración de cabeza, cuello, abdomen y miembros y desde el punto obstétrico, no incluyó la altura del fondo uterino, palpación de movimientos fetales y contracciones uterinas, así como el borramiento del cérvix, y si había o no pérdidas transvaginales, por lo que no fue posible determinar el estado clínico de V1 y del producto de la gestación.

57. Con lo anterior AR1 incumplió lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, que establece en su numeral, 5.2.1.10, que deberá realizarse la exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional, además en su punto 2.8 del “*Capítulo de Referencia*”, prevé que se deberá realizar exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, y que todas estas actividades deberán ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

58. En el mismo sentido, incumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* que describe en su numeral 6.1.2 que la exploración física deberá tener como mínimo: “*habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud*”.

59. AR1 indicó en su nota de atención “*cita al parto*”, sin embargo, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se precisó que, aunque en ese momento V1 no contaba con criterios de hospitalización para resolver el embarazo, AR1 no estableció cuándo debía regresar para revaloración.

60. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, recomienda que cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante, cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica, tales como: sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, acufenos, fosfenos, edema de cara y manos, salida de líquido transvaginal y disminución de movimientos fetales.

61. Lo anterior no fue llevado a cabo por AR1, al no haber descrito en la nota médica explicación alguna sobre la condición de alarma obstétrica en la que se encontraba V1 debido a la disminución de movimientos fetales, lo cual se relaciona con la muerte del producto de la gestación. Por tanto, de conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se acredita que AR1 realizó una inadecuada valoración y vigilancia del embarazo de alto riesgo de V1, por lo que pasaron inadvertidas las complicaciones obstétricas en que se encontraba y la situación del producto de la gestación, que derivaron en la muerte fetal intrauterina, ya que conforme al certificado, la causa de su deceso fue por interrupción de la circulación materno fetal, situación que pudo ser prevista con una adecuada valoración.

62. El 17 de noviembre de 2017, a las 09:15 horas, V1 acudió al Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc con embarazo de 37-38 semanas de gestación, ocasión en la que se le referenció al Hospital General de Altamira, que es de segundo nivel de atención, para revaloración médica, sin embargo, en el diagnóstico no se estableció que V1 cursaba con embarazo de alto riesgo a pesar de los antecedentes de edad materna de 15 años, obesidad grado I y anemia; condiciones que de conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, pudieron contribuir a un aumento en el riesgo de morbilidad materno, fetal y perinatal.

63. En suma, las inadecuadas atenciones médicas y vigilancia durante el control prenatal brindas a V1, por personal médico del Centro de Salud Cuauhtémoc, y el Hospital General de Altamira, aumentaron el riesgo de complicaciones obstétricas, así como morbilidad materno-fetal.

- **Atención médica de V1 en el Hospital General de Tampico.**

64. Respecto a las manifestaciones de V1, sobre la solicitud de atención en el Hospital General de Tampico, del 24 de noviembre de 2017, en donde de acuerdo a su dicho, se le negó el ingreso para su atención, como parte de su informe, la Secretaría de Salud remitió a esta Comisión Nacional un escrito al que titula “Nota de Valoración de Tococirugía” de 25 de mayo de 2018, donde se describe de forma general que el 24 de noviembre de 2017 a las 17:40 horas, se valoró a V1, a quien le realizó registro cardiotocográfico con categoría I (adecuado), y señala la existencia de datos de alarma obstétricos, sin que precisara cuáles datos, así como cita abierta a la unidad de tococirugía.

65. Además, en dicho escrito la citada Secretaría indicó que no contaba con expediente clínico en esa unidad, y no se remitieron constancias de la citada valoración ni del registro cardiotocográfico. Por lo tanto, ante la falta de estos elementos, este Organismo Nacional no está en posibilidad de constatar que se hubiera realizado una adecuada valoración médica o se emitieran las indicaciones descritas, a fin de estar en posibilidad de constatar lo descrito por V1 en su declaración ante este Organismo Nacional.

- **Inadecuada atención de V1 en el Hospital General de Altamira.**

66. El 25 de noviembre de 2017, a las 16:15 horas, V1 fue valorada en el Hospital General de Altamira por AR2, quien reportó que V1 presentaba signos vitales dentro de parámetros normales, y aunque se validó la vitalidad del producto con la frecuencia cardíaca fetal, no corroboró su bienestar y determinó su egreso con cita abierta a urgencias.

67. Al respecto, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se determinó que en este caso estaba justificado realizar las pruebas de bienestar fetal, toda vez que V1 cursaba con múltiples factores de riesgo, tales como edad materna, obesidad grado I y anemia; factores que desencadenaron en la pérdida del producto de la gestación.

68. Respecto de la frecuencia cardíaca descrita por el personal médico, la *Guía de Práctica Clínica para el control Prenatal con enfoque de Riesgo*, describe que en todo el seguimiento prenatal el personal de salud debe estar alerta de los signos, síntomas o condiciones que afecten la salud de la madre y el feto.

69. Asimismo, establece que, aunque la auscultación confirme que el producto está vivo, se recomienda el inicio de pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas, y se puede considerar realizarlas a edades gestacionales menores, si existen condiciones de muy alto riesgo para la madre y el feto.

70. En este caso, la Opinión Médica describe que las indicaciones de las pruebas de bienestar fetal (test basal o monitorización fetal no estresante, prueba de *oxitocina*, estimulación vibro-acústica fetal, perfil biofísico fetal, Doppler, gasometría arterial, etcétera) deben ser consideradas relativas y, en general, se utilizan en gestaciones en donde el riesgo de pérdida fetal anteparto es elevado, como fue en este caso, debido a los factores de riesgo que presentaba V1, tales como edad, obesidad grado 1 y anemia.

71. Así también, refiere que los métodos de valoración del bienestar fetal anteparto, favorecen una tendencia hacia la disminución de la mortalidad perinatal en gestantes de alto riesgo.

72. A su vez, de la nota médica elaborada al efecto, se observó que AR2 integró el diagnóstico de primigesta de 15 años con embarazo de 40 semanas, producto reactivo, sin trabajo de parto y pelvis útil, pero no tomó en cuenta que V1 cursaba con un embarazo de alto riesgo debido a su edad y a los antecedentes de obesidad grado I y anemia.

73. La *Guía de Práctica Clínica para el control Prenatal con enfoque de Riesgo. México*, define al embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la importancia del control prenatal adecuado en el caso de V1 se asocia a su edad, anemia y obesidad, factores que se encuentran vinculados con complicaciones causantes de morbilidad y muerte materna y fetal.

74. AR2 tampoco describió la altura del fondo uterino, la palpación de movimientos fetales y contracciones uterinas, ni corroboró el bienestar fetal, concluyéndose que dicho personal no realizó una adecuada valoración del embarazo de V1, a pesar del alto riesgo de muerte fetal que presentaba y determinó su egreso del nosocomio, confirmándose con ello la declaración de V1, sobre la negativa de una atención adecuada a su condición.

75. A las 21:40 horas, del mismo día 25 de noviembre de 2017, V1 fue valorada por un médico del Hospital General de Altamira, cuyo nombre y firma no obran en la nota conducente, quien estableció que V1 acudió al servicio de tococirugía por referir pródromos de trabajo de parto, movimientos fetales y negó sangrado y salida de líquido, salida de tapón mucoso con inicio a las 13:00 horas, ya que cursó con 8 horas aproximadamente, refiriendo que V1 había acudido a valoración médica a las 16:00 horas sin presentar dilatación del cérvix.

76. El día señalado, a las 21:40 horas, el médico reportó signos vitales dentro de parámetros normales en V1 y con relación a la valoración del abdomen, reportó producto único vivo de 41.3 semanas de gestación; sin embargo, en la misma nota médica se describió sin frecuencia cardíaca y que no se percibían movimientos fetales. Es decir, en la misma constancia el personal médico estableció que el producto de la gestación estaba vivo y posteriormente determinó que no tenía frecuencia cardíaca fetal, ni movimientos fetales, datos relacionados con muerte fetal intrauterina.

77. Con relación a lo anterior, la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Muerte fetal con Feto Único*, refiere que los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de muerte fetal son: a) ausencia de movimientos fetales, b) ausencia de crecimiento uterino, c) ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Además, la citada Guía refiere que el estudio más indicado para el diagnóstico de muerte fetal es una ultrasonografía en tiempo real.

78. En el caso de V1, el personal médico tratante realizó ultrasonido y registro cardiotocográfico, corroborando el diagnóstico de óbito (muerte fetal). En ese sentido, es posible afirmar que el producto de la gestación no estaba vivo al momento de la valoración médica de las 21:40 horas. En consecuencia, se indicó valoración por Ginecología y Obstetricia.

79. El 25 de noviembre de 2017, a las 21:40 horas, a V1 le fue indicada la conducción del trabajo de parto. Para el 26 de noviembre de 2017, a las 00:28 horas, V1 fue valorada por personal médico del mencionado hospital, quien integró los diagnósticos de enfermedad hipertensiva del embarazo, probable Síndrome de Hellp¹⁵ y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI)¹⁶, originado por el cuadro hipertensivo que presentaba, por lo que se determinó extraer el óbito por la vía abdominal, ya que además presentaba riesgo de hemorragia y atonía uterina. En la misma fecha, se le practicó cesárea, histerectomía obstétrica subtotal y apendicectomía incidental, procedimientos realizados debido al desprendimiento de placenta normoinsera, que a su vez fue secundaria a la enfermedad hipertensiva del embarazo (síndrome de Hellp), siendo el caso que la extirpación del apéndice se realiza con el fin de prevenir la aparición de una apendicitis aguda.

¹⁵ El Síndrome de HELLP, se utiliza para describir la preeclampsia asociada con **hemólisis** (destrucción de eritrocitos), **elevación de enzimas hepáticas** y **cuenta plaquetaria disminuida**. MANEJO DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO UN ENFOQUE PRÁCTICO. S.S. Trivedi, Manju Puri, Ed. Trillas. Primera Ed. En español, septiembre 2014. pág. 267.

¹⁶ Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada, Asturizaga P, Toledo J. Hemorragia Obstétrica. Rev. Med La Paz 2014; 20(2):57-58.

80. El 26 de noviembre de 2017, a las 13:00 horas, V1 fue valorada por SP4 quien estableció que ingresó al área de terapia intensiva estable, con signos vitales normales. De las valoraciones realizadas con posterioridad por el personal médico, se acreditó que V1 cursó con mejoría clínica, por lo que adecuadamente se indicó su egreso el 30 de noviembre de 2017.

81. En conclusión, la muerte fetal intrauterina que presentó el producto de la gestación de V1, se debió a la *“interrupción de la circulación materno fetal”*. De ello, este Organismo Nacional considera que el personal médico que atendió a V1, realizó una inadecuada valoración del embarazo de alto riesgo, pasando inadvertidos los múltiples factores a que se ha hecho referencia en este apartado (edad, obesidad grado 1 y anemia); incluso, si a las 16:15 horas se hubiera realizado una valoración adecuada y obtenido las pruebas de bienestar fetal, así como contemplar los factores de riesgo obstétrico de V1, el pronóstico materno fetal pudo haber mejorado.

A.2 Caso de V2.

Inadecuada atención de V2 en el Hospital General de Altamira.

82. V2, de 32 años de edad, cursaba su tercer embarazo de aproximadamente 35 semanas de gestación. El 25 de noviembre de 2017, acudió al Hospital General de Altamira por haber iniciado con trabajo de parto desde las 09:00 horas. Además, presentaba un cuadro de anemia leve del embarazo.

83. En la hoja de referencia-contrarreferencia en la cual se hizo constar el traslado de V2 del Centro de Salud de Villa Manuel al Hospital de Altamira, no consta que se haya realizado una valoración médica, debido a que no se asentó hora de ésta, el motivo de la consulta, signos vitales y frecuencia cardíaca fetal, así como la presencia de algún dato de alarma obstétrica, tales como sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, fosfenos y acufenos, edema de cara y manos, salida de líquido transvaginal y disminución de movimientos fetales. Por consiguiente, no era posible determinar el estado clínico integral de V2 y del producto

de la gestación. Lo anterior contribuyó a pasar inadvertidas alteraciones de la vitalidad del producto, aumentando el riesgo de muerte fetal intrauterina.

84. El 25 de noviembre de 2017 a las 13:10 horas, V2 fue valorada por un médico cuyo nombre se desconoce por no obrar en la nota correspondiente, y se describió que V2 refería la presencia de dolor en región abdominal baja que se irradiaba hacia la espalda. Se reportaron signos vitales dentro de parámetros normales y en la exploración física se encontró *“con abdomen globoso por útero gestante, presentación cefálica y dorso izquierdo, sin frecuencia cardíaca fetal”*.

85. El citado hallazgo fue corroborado por medio de estudio ultrasonográfico, estableciendo la impresión diagnóstica de óbito y se solicitó valoración por el Servicio de Ginecología y Obstetricia. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es posible determinar que la muerte fetal intrauterina ocurrió antes de la primera valoración realizada a V2 a las 13:10 horas del 25 de noviembre de 2017, en el Hospital General de Altamira, situación que pudo ser prevenida de haberse realizado una adecuada valoración en el Centro de Salud de Villa Manuel, considerando además que no es posible determinar el motivo del deceso fetal, debido a la falta de una valoración integral, omisión que contribuyó a pasar inadvertidas alteraciones de vitalidad fetal.

86. A las 13:20 horas del 25 de noviembre de 2017, se realizó la valoración de V2 por personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia, sin que sea posible determinar el nombre del personal por la ausencia de ese dato en la nota respectiva, y se determinó realizar inducción del trabajo de parto, solicitando interconsulta por el Servicio de Medicina Interna.

87. Al respecto, *la Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, describe que si se considera inducir el trabajo de parto, deben documentarse los siguientes datos: indicación de la inducción, si existe alguna

contraindicación, edad gestacional, cérvix favorable, presentación fetal, desproporción cefalopélvica¹⁷, bienestar fetal, y estado de las membranas.

88. En el presente caso, ante el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, la inducción del trabajo de parto era una opción terapéutica para culminar el embarazo de V2; sin embargo, el personal médico que indicó la misma, no documentó si el cérvix era favorable o desfavorable (Escala de Bishop), ni descartó la desproporción cefalopélvica antes de iniciar la inducción del trabajo de parto de V2.

89. Con relación a lo anterior, la Guía antes citada, recomienda que se deben considerar las condiciones cervicales para la inducción del trabajo de parto, evaluadas por la calificación de Bishop, la cual lo clasifica en cérvix inmaduro (Bishop menor o igual a 6) y cérvix maduro (Bishop mayor de 6).

90. En el caso particular, el personal médico tratante, sólo describió las siguientes características del cérvix: *cerrado, formado y posterior*, sin establecer el borramiento y la altura de la presentación cefálica fetal. Al evaluar las particularidades cervicales (cerrado, formado y posterior), en la calificación de Bishop, se ubicaban en la puntuación 0 (cero), por tanto, conforme a la opinión del médico de esta Comisión Nacional, se puede determinar que el cérvix de V2 cursaba con escala de Bishop menor de 6; es decir, era un cérvix inmaduro en ese momento, lo que implicaba una alta probabilidad de que la inducción del trabajo de parto realizada posteriormente no fuera exitosa.

91. El médico de este Organismo Nacional, también puntualizó que la desproporción cefalopélvica hace referencia a una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que impide el parto por vía vaginal. En ese sentido, el personal médico tratante del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Altamira, no realizó la valoración adecuada del cérvix, ni descartó la

¹⁷ Situación que se puede dar en el parto cuando no existe una correlación adecuada entre los diámetros de la pelvis y los diámetros de la cabeza fetal. Diccionario de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial Espasa Calpe. pág. 342.

desproporción cefalopélvica, antes de indicar la inducción del trabajo de parto, lo que aumentó el riesgo de presentar un parto disfuncional.

92. Lo anterior contribuyó directamente con el resultado fallido de la inducción del trabajo de parto y las complicaciones inherentes que presentó V2, como fue el desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina, condiciones que aumentaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

93. El 25 de noviembre de 2017, a las 13:20 horas, el personal médico tratante indicó administrar 5 unidades de *oxitocina* para iniciar la inducción del trabajo de parto, la cual se aplicó a las 13:40 horas de esa misma fecha.

94. Con relación a la maduración del cérvix, la *Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, dispone que si el cérvix es desfavorable según la escala de Bishop (<6), la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto. Ello con el propósito de disminuir la tasa de inducción fallida y el tiempo de parto.

95. En el caso de V2, existía cérvix desfavorable, por lo que requería de la maduración del mismo antes de iniciar la inducción del trabajo de parto a base de *oxitocina*, lo cual hubiera reducido la tasa de inducción fallida. En ese sentido, el personal médico tratante no indicó algún método de maduración cervical antes de iniciar la administración de *oxitocina*, lo que a decir de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, coadyuvó con el resultado fallido de la inducción del trabajo de parto y las complicaciones inherentes que presentó V2, como fue el desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina, las cuales, como se ha mencionado, aumentaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

96. Además, sobre el uso de *oxitocina* para la inducción del trabajo de parto de V2, la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único*, establece que la *oxitocina* puede ser usada en pacientes con antecedentes de cesárea previa, bajo la indicación y vigilancia de profesional especializado, como puede ser un médico obstetra.

97. La *Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, describe que la inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina. Se recomienda vigilancia una a una, es decir, una persona de salud por cada mujer en inducción del trabajo de parto.

98. Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que el partograma, es la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

99. Asimismo, refiere que el registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal -por lo menos- cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

100. La *Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, recomienda que a toda mujer que ingrese para atención obstétrica, se le deberá elaborar, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma, incluyendo frecuencia de contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos).

101. Con base en lo anterior, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se determinó que en el caso de V2: a) no se elaboró el partograma; con lo que se acredita que el personal médico tratante que indicó la inducción del trabajo de parto con el citado medicamento, no realizó una adecuada vigilancia y monitoreo de la actividad uterina, a pesar del antecedente de dos cesáreas previas de V2, ocurridas en 2006 y 2008, y la relación que existe entre la *oxitocina* y la aparición de más de 5 contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos, la cual, puede dar lugar a desprendimiento prematuro de placenta y/o ruptura uterina; b) se pasó inadvertido el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y la ruptura

uterina que presentó V2, provocando que no se otorgara el tratamiento adecuado y oportuno en el Hospital General de Altamira, situación que aumentó el riesgo de mortalidad materna; y c) la inadecuada vigilancia durante la inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, fue la causa directa de la histerectomía total abdominal que se le practicó a V2 en el Hospital Civil de Madero, para salvaguardar su vida.

102. En la misma fecha, a las 17:30 horas, AR3 reportó signos vitales dentro de parámetros normales¹⁸. Describió que V2 se encontraba semiconsciente, con buen estado general. De igual forma, reportó en relación con los resultados de laboratorio realizados a V2, que cursaba con anemia, disminución del recuento plaquetario, hiperglucemia, datos compatibles con proceso infeccioso urinario, así como leucocitosis¹⁹ y neutrofilia²⁰.

103. Respecto a la leucocitosis, AR3 estableció que probablemente era secundaria a foco séptico por óbito y al examen general de orina patológico, indicando que en ese momento cursaba sin datos de respuesta inflamatoria sistémica²¹.

104. El 25 de noviembre de 2017, SP5 y SP6 reportaron que a las 17:30 horas se aplicó a V2 una tableta de *misoprostol*; sin embargo, del análisis de las indicaciones médicas correspondientes al citado día, no existe registro de que se hubiere ordenado tal aplicación.

105. Cabe retomar que desde las 13:10 horas del 25 de noviembre citado, V2 presentaba un cérvix desfavorable, por lo que se requería de maduración cervical para que pudiera expulsar el óbito y dentro de los maduradores cervicales, se

¹⁸ Tensión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y temperatura de 36.5 grados centígrados.

¹⁹ Aumento del número de leucocitos en la sangre periférica por encima de 9.000/μl. Diccionario de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial Espasa Calpe, pág. 736.

²⁰ Aumento en el número absoluto de neutrófilos circulantes por encima de dos derivaciones estándar del valor medio en individuos normales, que corresponde a cifras superiores a 7.500/ mm³. Fuente: El médico en formación acreditada on-line, mayo 2006/marzo 2007. http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2006/temas/tema6/adb3.php

²¹ Alteraciones de la temperatura corporal, taquicardia, alteraciones del ritmo respiratorio y leucocitosis.

encuentra el denominado *misoprostol*, medicamento que debió administrarse antes de aplicar la *oxitocina*; esta última se administró a las 13:20 horas de ese día.

106. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, establece que como dosis inicial para la maduración cervical y la inducción del parto, debe considerarse un cuarto de tableta (es decir, aproximadamente 25 mcg) de *misoprostol*, a su vez las dosis más altas (50 mcg) se asocian con un mayor riesgo de complicaciones, incluyendo taquisistolia²², para mujeres en quienes existe muerte fetal intrauterina y que han tenido cesárea previa, como es el caso de V2, el riesgo de ruptura uterina aumenta.

107. En consecuencia, la dosis de prostaglandinas debe ser menor, particularmente en el tercer trimestre del embarazo. La citada *Guía de Práctica Clínica*, recomienda que el uso de *misoprostol* en mujeres con cesárea anterior o cirugía uterina importante, se ha asociado con un aumento de la ruptura del útero y, por tanto, debe evitarse en el tercer trimestre. Los beneficios de la inducción del parto deben ser sopesados contra los posibles riesgos maternos y fetales asociados con este procedimiento.

108. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se confirmó que las concentraciones de las tabletas de *misoprostol*, pueden ser de 100 y 200 mcg; por tanto al encontrar una tableta completa del citado medicamento en la cavidad vaginal de V2, se puede determinar que se aplicaron más de los 25 mcg establecidos en la señalada *Guía de Práctica Clínica*, a pesar del antecedente de dos cesáreas previas de V2, lo cual aumentó el riesgo de taquisistolia y, como consecuencia, la ruptura uterina que sufrió V2.

109. Ello confirma que el personal médico que indicó aplicar una tableta de *misoprostol* vía vaginal a V2, no valoró el riesgo-beneficio de dicha prescripción. Por lo tanto, la dosis elevada de *misoprostol* administrada a V2, el 25 de noviembre de

²² Más de 5 contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos.

2017 a las 17:30 horas, contribuyó directamente con la ruptura uterina que desarrolló V2 y que conllevó a la subsecuente histerectomía total abdominal que se le practicó.

110. De las constancias del expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General de Altamira, se observó que la última valoración médica se realizó a las 17:30 horas del 25 de noviembre señalado, en la cual se reportó lo antes descrito. Únicamente, del reporte de enfermería de ese día, se confirmó que se transfundió un plasma fresco congelado a las 20:00 horas, el cual fue indicado desde las 17:30 horas de ese día, por el personal médico tratante.

111. Por consiguiente, se desconoce la evolución terapéutica indicada, así como la presencia de complicaciones desde las 17:30 horas del día mencionado hasta la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero a las 21: 45 horas de esa fecha. Lo descrito, incumplió los apartados 5.1 y 5.8 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*.

112. No obstante, se constató por la hoja de referencia al Hospital Civil de Madero, que el 25 de noviembre de 2017, a su egreso del Hospital General de Altamira, V2 se encontraba sin trabajo de parto, óbito fetal y probable choque séptico, por lo que se solicitó su envío a un hospital de apoyo, referenciándola al Hospital Civil de Madero.

113. Resulta importante enfatizar que a la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero, el personal médico de dicho nosocomio reportó que cursaba con hipertensión arterial (158/108 mmHg) y proteinuria²³. Al respecto, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, es posible inferir que durante la estancia de V2 en el Hospital General de Altamira, AR3 pasó inadvertido que los factores antes precisados eran indicativos de un cuadro de preeclampsia en V2.

114. Ante la falta de constancias médicas en el expediente clínico de V2 elaborado en el Hospital General de Altamira, no es posible determinar si se realizó una

²³ Presencia de proteínas en la orina. Fuente: Diccionario de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial Espasa Calpe. pág. 1006.

adecuada y oportuna integración diagnóstica, es decir, cuantificación en orina de 8 a 12 horas como alternativa de la cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, del cuadro hipertensivo, así como si se otorgó algún tipo de tratamiento relacionado al proceso patológico de V2.

- **Atención médica proporcionada a V2 en el Hospital Civil de Madero.**

115. El 25 de noviembre de 2017, V2 fue trasladada al Hospital Civil de Madero, donde arribó a las 21:45 horas con el diagnóstico de embarazo de 35-36 semanas de gestación, óbito fetal y preeclampsia con datos de severidad, cesárea iterativa, pielonefritis²⁴ y probable desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

116. V2 fue valorada por SP7, quien indicó su hospitalización, seguimiento estrecho de su estado y solicitó interconsulta por los servicios de Terapia Intensiva y Cirugía General para manejo en conjunto. A las 22:10 horas, V2 ingresó a la Unidad de Toco-Cirugía, con datos de hipertensión arterial, por lo que se prescribió medicamento al efecto.

117. También, presentaba datos sugestivos de patología o alteración renal y signos de abdomen agudo, así como datos clínicos y bioquímicos compatibles con procesos infecciosos en diferentes niveles, tales como tracto vaginal, urinario y abdominal. Además, se determinó que el esquema de maduración cervical otorgado en el Hospital General de Altamira, había sido fallido y se decidió la interrupción del embarazo de urgencia por cesárea.

118. La resolución por vía cesárea, se inició por SP7 a las 23:40 horas del 25 de noviembre de 2017, extrayendo al producto de la gestación sin vida. Durante el procedimiento se encontró la placenta desprendida al 100% y el útero completamente infiltrado. Atendiendo a lo anterior, se confirmó que V2 cursaba con un cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera grave, útero de

²⁴ La infección urinaria se define como la presencia de gérmenes en la orina. Habitualmente son bacterias (bacteriana) y excepcionalmente, hongos (micótica) o virus (vírica). Infección que afecta riñón y pelvis renal. Diccionario Médico, Clínica de la Universidad de Navarra

*Couvelaire*²⁵ y probable ruptura uterina, por lo que SP7 decidió realizar histerectomía obstétrica total²⁶ con salpingooforectomía bilateral²⁷.

119. SP7 reportó los siguientes datos del producto de la gestación: “*sexo femenino, peso de 2,200 gramos, talla de 47 semanas de gestación, mascerado*²⁸ *y esfacelado*²⁹”. En consideración de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, la maceración y el esfacelado son datos compatibles con el proceso de muerte fetal intrauterina que presentó el producto de la gestación.

120. Además, SP7 describió que el producto de la gestación presentaba circulación de cordón apretado a cuello. Al respecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional puntualizó que si la circular está muy ajustada y persiste durante un largo período de tiempo, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical, lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto, dificultad en los intercambios de gases materno-fetales, de lo que es posible determinar que la circular de cordón apretada a cuello, fue la causa directa de la muerte fetal intrauterina del producto de la gestación de V2, la cual pudo y debió prevenirse desde el control prenatal.

121. V2 continuó en recuperación médica en el Hospital Civil Madero. Durante su estancia presentó hemorragia obstétrica derivada del desprendimiento prematuro de

²⁵ Estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. Serrano BM, Serrano B, Centeno D. Útero de Couvelaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:496-498.

²⁶ Extracción del útero y el cérvix, por vía abdominal o laparoscópica. Guía de Práctica Clínica de Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en mujeres con patología benigna en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2016.

²⁷ Operación quirúrgica mediante la que se extirpan ambos ovarios y trompas de Falopio. Diccionario de Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Revisado el 31 de octubre de 2018.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/salpingooforectomia-bilateral>

²⁸ Reblandecimiento de los tejidos debido a un contacto prolongado con ciertos líquidos. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial ESPASA SIGLO XXI, 2001; pp. 1274.

²⁹ Restos inflamatorios y necróticos de tejidos. Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial ESPASA SIGLO XXI, 2001; pp. 1274.

placenta y diversas complicaciones consistentes en “*útero de Couvelaire*”³⁰, puerperio fisiológico tardío y probable síndrome de *Sheehan*³¹, que fueron adecuadamente atendidas, por lo que el 15 de diciembre de 2017 se determinó su por mejoría, puntualizando que el pronóstico era bueno para la vida.

122. En conclusión, el personal médico del Hospital General de Altamira, que valoró a V2 el día 25 de noviembre de 2017, no realizó una adecuada vigilancia de la inducción del trabajo de parto, así como de sus riesgos inherentes. Lo anterior condicionó las complicaciones y el deterioro clínico que presentó la paciente, y que fue motivo de su traslado al Hospital Civil Madero, donde cursó con diagnósticos: *“desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, útero de Couvelaire, probable ruptura uterina, histerectomía obstétrica total, salpingooforectomía bilateral, anemia aguda, sepsis, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico caracterizado por hipokalemia, hipocloremia e hiponatremia, encefalopatía metabólica por hiponatremia severa, alteraciones del equilibrio acido-base, así como pansupresión de los niveles hormonales sugestivos de hipopituitarismo y probable síndrome de Sheehan”*; manteniendo a V2, en riesgo constante de morbilidad y mortalidad materna durante su estancia hospitalaria en ambos nosocomios es decir, del 25 de noviembre al 15 de diciembre de 2017.

Incumplimiento de las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud por el Hospital General de Altamira en el caso de V2.

123. En el presente caso, esta Comisión Nacional advierte que existió Responsabilidad institucional por falta de cumplimiento con la obligación de disponibilidad y calidad de elementos esenciales en los servicios de salud, al existir

³⁰ Proceso hemorrágico derivado de desprendimiento prematuro de placenta.

³¹ Necrosis de la glándula de la hipófisis. Se genera como consecuencia de una hemorragia obstétrica, que va acompañada de un colapso circulatorio intenso, y conlleva la aparición de hipopituitarismo en el postparto”. Casas CC, Mancera C, Muro G, Prieto D, Campos M. Síndrome de Sheehan. Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2013; 5(1):38-41.

obstáculos para el disfrute del derecho a la protección de la salud, porque el Hospital General de Altamira no contaba con elementos esenciales para su eficaz desempeño.

124. Sobre esta cuestión, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC), ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud, deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad³².

125. Definiendo la *disponibilidad y calidad* como la existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud, así como contar con personal médico y profesional capacitado. En el caso en concreto, la disponibilidad y calidad de un centro de salud es primordial para el desarrollo y bienestar de una colectividad, a fin de que se garantice su derecho a la protección de la salud. Lo anterior implica que debe cumplir con las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias, para la correcta prestación del servicio de salud.

126. En este sentido, dentro de las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional, se advierte una nota informativa del Servicio de Ginecología en la que AR2 asentó *“[p]or la tarde se refiere a Hospital Civil de Cd. Madero con número de referencia 125078 como urgencia con diagnóstico de embarazo 35-36 SDG mas óbito fetal, probable shock séptico, anemia. Lo anterior por no contar con Médico Internista, en caso de requerir cuidados intensivos.”* (sic).

127. Esto se corrobora con una nota de ginecología elaborada a las 22:00 horas del 25 de noviembre de 2017, por personal del Hospital Civil de Madero en la que se asentó *“[...] fue valorada por Dr ginecólogo de guardia de esa unidad no explicándose porque no se realizó parto abdominal brevedad y utilizar*

³² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General no. 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr.12.

prostaglandinas para inducción parto por óbito teniendo como ant y factor riesgo importante cesárea iterativa” (sic).

128. Las circunstancias anteriormente precisadas, acreditan la falta de disponibilidad y calidad por parte del Hospital General de Altamira al no contar con personal médico especializado para atender la emergencia que V2 presentaba, lo que puso en riesgo su vida, además de que se incumplió con el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, donde se establece que los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría de Salud.

129. Dicha carencia, como se ha constatado en el presente documento, incidió de manera directa en que el estado clínico de V2 se deteriorara, ya que fue hasta las 21:45 horas del 25 de noviembre de 2017, cuando V2 arribó al Hospital Civil de Madero, ello directamente derivado de la falta de infraestructura y personal médico especializado para un oportuno tratamiento de V2 en el Hospital General de Altamira, el cual, al tratarse de un nosocomio de segundo nivel, debía contar con personal especializado para la atención integral de los pacientes.

A.3 Inadecuada integración de los expedientes clínicos de V1 y V2.

130. El Comité DESC ha sostenido 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”*³³.

131. La *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012*, prevé que el expediente clínico *“[e]s 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*

³³ Observación General 14, ibídem, párr. 12, inciso b, fracción IV

*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 [...]*³⁴.

132. 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 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”*³⁵.

133. El incumplimiento de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012*, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este Organismo Nacional a través de diversas Recomendaciones³⁶, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando sus notas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

134. A pesar de estos pronunciamientos, se percibe que en las Instituciones de Salud se mantiene como practica la no atención de lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Por ello, tales Instituciones 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

³⁴ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

³⁵ CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, p. 35.

³⁶ 50/2016, 57/2016, 58/2016, 61/2016, 66/2016, 5/2017, 6/2017, 7/2017 y 9/2017, entre otras.

tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana respectiva, se cumpla a cabalidad. Del análisis al expediente clínico de V1, este Organismo Nacional observó lo siguiente:

- **Caso de V1.**

135. Como parte de las constancias recibidas respecto de la atención médica de V1, y de la información aportada por la Secretaría de Salud, este Organismo Nacional tuvo conocimiento de que el 24 de noviembre de 2017, se le otorgó atención en el Hospital General de Tampico, sin embargo, la citada autoridad no aportó constancias médicas en que consten las valoraciones y registros cardiotocográficos practicados a V1.

136. Únicamente se elaboró una nota de Valoración de Tococirugía de 25 de mayo de 2018, sobre la referida atención en la que se asentó que no contaba con expediente clínico integrado en el citado nosocomio, circunstancia que impide a este Organismo Protector de los Derechos Humanos conocer de manera completa, cronológica e integral, la realidad de los hechos que derivaron en la pérdida del producto de la gestación y en la emergencia obstétrica que presentó posteriormente.

137. Además, en las notas que a continuación se enlistan, el nombre del médico que suscribe es ilegible o no se asentó, aunado al hecho de que no se estableció el número de cédula profesional, por lo que se incumplió con los apartados 5.10 y 5.11 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, que establecen que las notas en el expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

No.	Nota médica	Omisión	Unidad involucrada
1.	09:20 horas 20 octubre 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc

2.	09:15 horas 17 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc
3.	16:15 horas 25 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
4.	21:40 horas 25 de noviembre de 2017	Sin nombre, ni firma de quien realizó la nota	Hospital General de Altamira
5.	25 de noviembre de 2017	Sin nombre, ni firma de quien realizó la nota	Hospital General de Altamira
6.	00:28 horas 26 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
7.	00:30 horas 26 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
8.	04:30 horas 26 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
9.	19:00 horas 26 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira

10.	20:00 horas 26 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
11.	08:30 horas 27 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira
12.	14:50 horas 27 de noviembre de 2017	Ilegible quien realizó y firmó la nota	Hospital General de Altamira

- **Caso de V2.**

138. En relación al caso de V2, como se ha analizado, fue sometida a inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, respecto a lo cual, se encontró una Carta de Consentimiento Informado de 25 de noviembre de 2017. Sin embargo, tal documento no reúne los requisitos establecidos en los numerales 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10, de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”*.

139. Lo anterior, toda vez que en el citado documento no se estableció el acto autorizado, los riesgos y beneficios esperados del mismo, el nombre completo y firma de familiar más cercano, tutor o representante legal, el nombre completo y firma del personal médico que proporcionó la información y recabó el consentimiento, así como los nombres completos y firmas de dos testigos.

140. En ese sentido, el punto 5.5.7 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que la inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio

médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

141. Sobre ello, el personal médico que indicó la inducción del trabajo de parto con *oxitocina* de V2, debió recabar el consentimiento informado para llevar a cabo dicho procedimiento, otorgando asesoría previa a la paciente sobre el diagnóstico de muerte fetal intrauterina y las opciones terapéuticas relacionadas al caso, así como los riesgos y beneficios inherentes a la inducción del trabajo de parto. Situación que en el presente caso fue omitida, con lo que se acredita que previamente no recibió información completa sobre el procedimiento a realizar, lo que vulneró su derecho a la protección de la salud, en relación con el derecho de acceso a la información.

142. Asimismo, de las constancias del expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General de Altamira, se observó que la última valoración médica se realizó a las 17:30 horas del 25 de noviembre de 2017 y del reporte de enfermería del mismo día, se confirmó que se transfundió un plasma fresco congelado a las 20:00 horas, sin que obre constancia adicional alguna en el expediente sobre el seguimiento médico de V2.

143. Por consiguiente, se desconoce la evolución terapéutica indicada, así como la presencia de complicaciones desde las 17:30 horas del día mencionado hasta la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero. Lo descrito, incumplió los apartados 5.1 y 5.8 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, ya que solo se cuenta con la hoja de referencia al Hospital Civil de Madero, en la que se hizo constar que V2 se encontraba sin trabajo de parto, con óbito fetal y probable choque séptico.

144. Ante la falta de constancias médicas en el expediente clínico de V2 elaborado en el Hospital General de Altamira, no es posible determinar si se realizó una adecuada y oportuna integración diagnóstica, es decir, cuantificación en orina de 8 a 12 horas como alternativa de la cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, del cuadro hipertensivo, o si se otorgó algún tipo de tratamiento relacionado al

proceso patológico de V2. Lo anterior, impide a este Organismo Nacional conocer la verdad histórica de los hechos que motivaron la emergencia obstétrica que presentó V2, y la identidad de algunas de las personas servidoras públicas que intervinieron en su atención médica.

145. Por otra parte, este Organismo Nacional observó el incumplimiento de los apartados 5.10 y 5.11 de la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico*, que establecen que las notas en el expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado:

No.	Nota médica	Omisión	Unidad involucrada
1.	25 de noviembre de 2017	Carece de la hora en que se realizó la atención médica	Centro de Salud de Villa Manuel
2.	13:10 horas 25 de noviembre de 2017	Nombre ilegible del personal médico tratante	Hospital General de Altamira
3.	13:20 horas 25 de noviembre de 2017	Nombre ilegible del personal médico tratante	Hospital General de Altamira
4.	14:00 horas 25 de noviembre de 2017	Nombre ilegible del personal médico tratante	Hospital General de Altamira
5.	17:30 horas	Nombre ilegible del personal médico tratante	Hospital General de Altamira

	25 de noviembre de 2017		
6.	21:50 horas 25 de noviembre de 2017	Carece de firma del personal médico tratante	Hospital Civil de Ciudad Madero
7.	22:10 horas 25 de noviembre de 2017	Carece de firma del personal médico tratante	Hospital Civil de Ciudad Madero
8.	22:10 horas 25 de noviembre de 2017	Carece de nombre del personal médico tratante	Hospital Civil de Ciudad Madero
9.	01 de diciembre de 2017	Carece de la hora en que se realizó la atención médica	Hospital Civil de Ciudad Madero
10.	03 de diciembre de 2017	Carece de la hora en que se realizó la atención médica	Hospital Civil de Ciudad Madero
11.	04 de diciembre de 2017	Carece de la hora en que se realizó la atención médica	Hospital Civil de Ciudad Madero
12.	08:40 horas 10 de diciembre de 2017	Carece de nombre del personal médico tratante	Hospital Civil de Ciudad Madero
13.	13 de diciembre de 2017	Carece de la hora en que se realizó la atención médica	Hospital Civil de Ciudad Madero

146. Cabe mencionar que estas omisiones impiden conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de V1 y V2, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud, en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

B. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2.

147. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que indica: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

148. Por su parte, el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

149. En el *“Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”*, la CrIDH señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”*. Asimismo, sostuvo que: *“ (...) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*³⁷.

³⁷ CrIDH, *“Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No 257. Párr. 147 y 148.

150. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2 se vio afectado, toda vez que el Estado no les garantizó una atención médica de calidad durante el trabajo de parto, por tanto, tal circunstancia repercutió directamente en su salud reproductiva y en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

151. En el presente caso, esta Comisión Nacional observó que la atención médica que se brindó a V1 y V2 fue inadecuada, como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación del personal médico incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente se advierte que durante la inducción del trabajo de parto de V1 y V2, debido a la inadecuada atención médica que recibieron, influyó en la gravedad del estado de salud que tuvo como consecuencia la pérdida de la matriz para ambas, siendo de mayor impacto para V1 por tratarse de una mujer menor de edad y nulípara, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, pues repercutió directamente en su derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.

152. Por tanto, como ha quedado descrito, de conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se acredita que no se realizó una adecuada valoración y vigilancia del embarazo de alto riesgo de V1, por lo que pasaron inadvertidas las complicaciones obstétricas en que se encontraba, lo que trajo como consecuencia que se le retirara la matriz; y en el caso de V2, la inadecuada vigilancia durante la inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, así como la dosis elevada de *misoprostol* administrada por personal médico del Hospital de Altamira, repercutió directamente en la ruptura uterina que desarrolló y que conllevó a la subsecuente histerectomía total abdominal que se le practicó en el Hospital Civil de Madero, trasgrediendo con ello lo previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

C. Principio del interés superior de la niñez de V1.

153. En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar la condición de V1, quien al ser mujer adolescente y embarazada, vio potenciadas las violaciones a sus derechos humanos, circunstancias que la colocaron en una situación de máxima vulnerabilidad.

154. Este Organismo Autónomo observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niñas, niños y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello se considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y la garantía de protección de su derecho.

155. En el plano internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3, establece que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior de la niñez”*. Asimismo, en su preámbulo establece que el niño requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las medidas especiales de protección.

156. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es *“garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño”*³⁸, para lo cual resulta necesaria la adopción de *“medidas especiales de protección”*, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños³⁹.

157. El Comité DESC, al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que debe gozar la niñez, ha instado para que en todos los programas, políticas

³⁸ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 5*, párr. 12, y *Observación General 14*, párr. 4.

³⁹ Corte IDH. *“Condición jurídica y derechos humanos del niño”*. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

y atenciones médicas proporcionadas por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y adolescentes⁴⁰.

158. El principio de interés superior ha sido reconocido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y por la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que: “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

159. En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento⁴¹, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

160. La SCJN⁴², estableció que el principio del interés superior del menor de edad, implica que la protección de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.

161. La CrIDH ha establecido que el interés superior de la niñez es un “*principio regulador de la normativa de los derechos del niño que se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en*

⁴⁰ Observación General 14, “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)”, 2000, párr. 24.

⁴¹ Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General 14 (2013) “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)” p.6; Tesis Constitucional Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El Interés Superior del menor se erige como la consideración primordial que debe atenderse en cualquier decisión que les afecte, Semanario Judicial de la Federación 06 de enero de 2017 y CNDH, “El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial”, Folleto, 2017.

⁴² SCJN. “Interés Superior de los Menores de Edad. Necesidad de un escrutinio estricto cuando se afecten sus intereses”. Pleno, septiembre de 2016. Semanario Judicial de la Federación, registro 2012592.

*la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades*⁴³.

162. El derecho del interés superior de la niñez, debe ser observado en todas las decisiones y medidas relacionadas con la niñez, lo que significa que, en cualquier medida que tenga que ver con una o varias personas de este grupo, su interés superior deberá ser considerado de manera primordial, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también todos los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas⁴⁴.

163. En el presente caso, V1, quien era adolescente de 15 años cuando se suscitaron los hechos, no recibió las medidas de protección necesarias por parte de las personas servidoras públicas que participaron en su atención médica, ya que como se ha constatado, su embarazo se consideró de alto riesgo debido a su edad, circunstancia que la colocó en un estado de vulnerabilidad y que derivó en las violaciones a derechos humanos ya citadas, sin que se establecieran las acciones reforzadas que requería.

D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V2.

164. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, 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; brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

⁴³ Corte IDH. “Caso Furlán y Familiares vs. Argentina”. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

⁴⁴ Cfr. Tesis constitucional “Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”, Semanario Judicial de la Federación, enero de 2017, registro 2013385

165. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

166. En el caso de V2, se constató que con posterioridad al inicio de la inducción de trabajo de parto, el 25 de noviembre de 2017, se le aplicó de manera injustificada una dosis excesiva de *misoprostol*, configurándose una práctica de medicalización que no se encontraba sustentada medicamente y que fue constitutiva de violencia obstétrica en su agravio.

167. Este Organismo Constitucional recuerda que en algunos casos la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud. Se observa con preocupación que en ocasiones, la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redunda en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

168. En la Recomendación General 31/2017 esta Comisión Nacional advirtió que: “[en] el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”; igualmente se sostuvo que: “Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de

*naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”.*⁴⁵

169. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2 y AR3 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V2, 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”.

E. Responsabilidad.

170. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, así como las personas servidoras públicas cuya identidad se desconoce (ya que algunas de las notas médicas carecen de nombre y firma), incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, así como a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, al interés superior de la niñez de V1 y a una vida libre de violencia obstétrica de V2. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser investigadas en términos del artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Tamaulipas, atendiendo a las siguientes conductas:

Autoridad	Fecha	Irregularidad
AR1	13/11/2017	No realizó una valoración integral del estado de V1.

⁴⁵ CNDH Recomendación General 31/2017, “Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, 31 de julio de 2017.

H.G. Altamira		No estableció fecha para la revaloración de V1.
AR2 H.G. Altamira	25/11/2017 16:15	No tomó en cuenta los antecedentes de embarazo de alto riesgo de V1 para su ingreso. No valoró el bienestar fetal del producto de la gestación a pesar de que V1 presentaba factores de riesgo.
AR3 H.G. Altamira	25/11/17 17:30	Omitió una adecuada valoración de V2, sin detectar los signos indicativos de preeclampsia (presencia de proteína en la orina) y los cambios bioquímicos que presentaba.
No identificable C.S Cuauhtémoc Adscrito a CS Villa Cuauhtémoc	17/11/ 2017 (foja163)	En el diagnóstico emitido no se asentaron las condiciones de riesgo de V1 para el conocimiento del Hospital General de Altamira.
No identificable HG Altamira	25/11/2017 10:15	Omitió considerar los antecedentes de riesgo de V1, ni se realizó una adecuada valoración de su estado clínico.

No identificable HG Altamira	25/11/2017 21:40	Realizó anotaciones contradictorias en el expediente de V1, estableciendo inicialmente que el producto de la gestación estaba vivo, y posteriormente que no tenía frecuencia cardíaca.
No identificable HG Altamira	25/11/2017 13:20	<p>No documentó debidamente el estado de V2 al no establecer cérvix favorable o desfavorable; no descartó la desproporción cefalopélvica de V2 contribuyendo directamente a las complicaciones que presentó.</p> <p>No se indicó método de maduración cervical a V2.</p> <p>No se elaboró partograma a V2.</p> <p>No se realizó una adecuada vigilancia y monitoreo de la actividad uterina de V2.</p> <p>Se pasó inadvertido el desprendimiento prematuro de placenta y la ruptura uterina que presentaba V2.</p> <p>Se aplicó <i>misoprostol</i>.</p>

F. Responsabilidad Institucional.

171. Esta Comisión Nacional determina la Responsabilidad Institucional por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas, en tanto, la falta de personal médico especializado en el Hospital General de Altamira, en específico, la falta de médico internista para la atención de V2, derivó en que fuera trasladada al Hospital Civil de Madero, dilató su atención médica y generó el incumplimiento del deber de

atención médica disponible y de garantía integral de los servicios de salud, lo que transgrede lo dispuesto por el artículo 48 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 15 de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas.

172. A su vez, se observó que en el caso de V1, el seguimiento de su control prenatal, en fechas 29 de septiembre y 13 de noviembre, ambas del 2017, fue valorada en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc por MPSS, y se corroboró que las notas elaboradas por la citada pasante, no fueron validadas por médico adscrito, situación que presume que en esas fechas, no se encontraba presente un profesional facultado para otorgar la atención médica especializada a V1, lo que derivó en un deficiente control prenatal por parte de una persona en formación.

F. Reparación integral del daño.

173. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero 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, VII 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, V2 y V3, por las violaciones a sus derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

a) Daño al proyecto de vida de V1 y V2.

174. La Corte Interamericana se ha referido a aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”*.

175. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

176. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2, ya que durante los hechos y con motivo de las afectaciones sufridas, ambas perdieron a los productos de la gestación y se les realizaron procedimientos que limitaron su capacidad reproductiva.

177. Respecto del análisis realizado en el apartado anterior, esta Comisión Nacional advirtió omisiones en la atención médica otorgada a V1 y V2, quienes fueron afectadas en su estado emocional con motivo de la pérdida de los productos de la gestación - aunado a las limitaciones en su capacidad reproductiva derivadas de las intervenciones quirúrgicas de que fueron objeto - por lo que es indispensable que la autoridad recomendada efectúe un seguimiento médico y psicológico completo y estrecho.

178. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente en la reparación objeto de esta Recomendación, para poder otorgar una reparación

integral que considere cada una de las aristas que debe incluir la reparación en los casos de V1 y V2.

179. De conformidad al artículo 4° de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas en el presente caso, V3, en razón del vínculo familiar existente como esposo de V2, y por la pérdida del producto de la gestación, el cual propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas.

b) Medidas de rehabilitación.

180. Debido a las afectaciones que los hechos documentados representan para la vida de V1 y V2, esta Comisión Nacional determina que se les deberá proporcionar la atención médica especializada que requieran y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Ésta, deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, como consecuencia de los daños sufridos.

181. Se deberá proporcionar a V1, V2 y V3 la atención psicológica que requieran por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

182. La atención deberá brindarse a V1, V2 y V3 gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

c) Medidas de satisfacción.

183. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V2, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas. Para ello, se deberán realizar las diligencias pertinentes para identificar a las personas servidoras públicas que incurrieron en irregularidades en la atención médica de V1 y V2 y cuyos nombres no obran en las evidencias remitidas a esta Comisión Nacional.

184. En virtud de la investigación que actualmente se conduce bajo la carpeta de investigación a cargo de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas, y de acuerdo a las especificaciones que se establecen en el apartado recomendatorio, la autoridad recomendada deberá colaborar ampliamente en los requerimientos realizados por la instancia que conozca de dicha investigación.

185. De igual manera, deberá aportarse la presente Recomendación como uno de los documentos base de la investigación penal y queja administrativa.

186. Además, deberá incorporarse copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de las autoridades responsables, a fin de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

d) Garantías de no repetición.

187. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda que en un plazo de 6 meses a partir de la aceptación del presente pronunciamiento se diseñen e impartan en las instituciones hospitalarias involucradas, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud

referidas en la presente Recomendación, c) Sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica; y d) Adecuada integración del expediente clínico. Todo ello con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento.

188. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Altamira, en la que se les exhorta, 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.

189. Ante la falta de personal especializado necesario para brindar una atención médica adecuada, en un plazo de 6 meses, se deberá proveerse el presupuesto dotar al Hospital General de Altamira y al Centro de Salud Villa Cuauhtémoc, de infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

e) Medidas de compensación (indemnización).

190. Al acreditarse las violaciones a derechos humanos antes descritas, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1, V2 y V3, en términos del artículo 55 de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas.

191. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del

caso, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquel que puede “comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”⁴⁶

192. Se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados, 2) temporalidad, 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

193. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formularle respetuosamente a usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se repare integralmente el daño ocasionado a V1, V2 y V3, conforme a la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, mismas que deberán incluir el pago de la indemnización, así como los parámetros señalados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento en un plazo de 6 meses.

SEGUNDA. En colaboración con la Comisión Estatal de Atención a Víctimas en Tamaulipas, se inscriba a V1, V2, y V3 en el Registro Estatal de Víctimas cuyo funcionamiento corre a cargo de ésta, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda,

⁴⁶ Corte IDH. *Caso Bulacio Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr. 90.

Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá proporcionar a V1 y V2 la atención médica especializada que requieran, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos gratuitos, ésta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, como consecuencia de los daños sufridos, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se deberá proporcionar la atención médica y psicológica que requiera V1, V2 y V3, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su total 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.

QUINTA. Se colabore ampliamente en la investigación que actualmente se conduce bajo la Carpeta de Investigación a cargo de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas, así como para la integración de la denuncia que presente esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y de acuerdo con las especificaciones realizadas, la autoridad deberá colaborar ampliamente en los requerimientos realizados por la instancia que conozca de dicha investigación.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud del estado de Tamaulipas, en contra de AR1, AR2 y AR3 y demás personas servidoras públicas que sean identificadas por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2 y AR3, para que obre constancia de las

violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo de 6 meses, a partir de la notificación de la presente notificación, se diseñen e impartan a todo el personal médico que realice atención a mujeres embarazadas de las instituciones de atención médica involucradas en los presentes hechos, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, y d) Adecuada integración del expediente clínico, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo de 6 meses, a partir de la notificación de la presente notificación, se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General de Altamira y el Centro de Salud Villa Cuauhtémoc, cuenten con la infraestructura y personal médico especializado, para brindar atención integral y con calidad en atención a los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. 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.

194. 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 tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener,

en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

197. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores público, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar a la legislatura de la entidad federativa su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ