



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 44 /2015

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y V3 Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN V2, EN HOSPITALES DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

México, D. F., a 30 de noviembre de 2015.

**LICENCIADO ARTURO NÚÑEZ JIMÉNEZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE TABASCO**

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°, tercer párrafo, 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, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2014/3220/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2, y su acumulado **CNDH/4/2014/3221/Q** relativo al caso de V3.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas 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 4°, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos 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 y visto los siguientes:

I. HECHOS

A. Sobre el caso de V1 y V2 (Expediente CNDH/4/2014/3220/Q)

3. El 8 de mayo de 2014, se publicó en la página electrónica www.diariopresente.com. la nota titulada “Por negligencia médica fallece bebé; ahora en Nacajuca”.

4. El 29 de abril de 2014, aproximadamente a las 10:00 horas, V1, mujer de 40 años de edad, originaria del municipio de Nacajuca, Tabasco, quien cursaba un embarazo de 35 semanas de gestación, con un diagnóstico de diabetes gestacional e hipertensión, acudió al Hospital Comunitario de Nacajuca dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, toda vez que presentaba malestares y no percibía movimientos fetales en su vientre.

5. En el citado nosocomio V1 fue recibida por SP21, a quien hizo saber que contaba con cita abierta al área de Urgencias; sin embargo, la servidora pública le indicó que debía esperar ya que los médicos en turno se encontraban ocupados, por lo que V1 solicitó la intervención de AR1, quien aproximadamente a las 12:10 horas de la fecha instruyó que AR2, médico familiar del nosocomio, atendiera a la paciente.

6. AR2 practicó una valoración rutinaria a V1 y verificó el latido cardiaco fetal de V2, informándole que éste era de 140 latidos por minuto y se encontraba dentro del rango normal, por lo que le indicó reposo, ultrasonido obstétrico y cita abierta a

urgencias, sin prescribir otros estudios que permitieran corroborar su estado de salud y el de V2.

7. Aproximadamente a las 18:00 horas del mismo día, V1 se presentó nuevamente en el Hospital Comunitario de Nacajuca, ya que contaba con cita de Consulta Externa y continuaba sin percibir movimientos fetales; AR3, efectuó la revisión correspondiente y se percató de que el latido cardíaco fetal de V2 era de 80 a 130 latidos por minuto, por lo que indicó un ultrasonido obstétrico, ya que posiblemente V2 presentaba sufrimiento fetal.

8. V1 acudió en la misma fecha con un médico particular a fin de que le practicara el ultrasonido obstétrico, de cuyo resultado se desprendió que V2 presentaba sufrimiento fetal agudo y frecuencia cardíaca de 127 latidos por minuto.

9. V1 manifestó que con el fin de no dilatar su atención en el Hospital Comunitario, se trasladó junto con Q1 al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, al cual ingresó a las 22:32 horas del mismo 29 de abril de 2014 y fue valorada por SP4, quien no percibió la frecuencia cardíaca de V2 por lo que ordenó la práctica de un ultrasonido, detectando *“la muerte del bebé”*; de la revisión efectuada a V1 se confirmó que presentaba hipertensión y glucosa alta. En consecuencia, el 30 de abril de 2014 se indujo el parto a V1 para extraer el óbito fetal, y posteriormente fue dada de alta el 1° de mayo de ese año a las 14:00 horas, al presentar datos de estabilidad clínica.

10. Con motivo de lo anterior, y considerando que el derecho a la protección de la salud es fundamental para todas las personas, particularmente de las mujeres en estado de gravidez, quienes se hayan en situación de vulnerabilidad cuando no cuentan con medios para satisfacer sus necesidades materiales y no recibir con eficiencia y calidad los servicios básicos indispensables para su desarrollo y salud, como lo es la adecuada y oportuna atención médica el 29 de abril de 2014, esta Comisión Nacional inició de oficio el expediente de queja CNDH/4/2014/3220/Q.

11. En seguimiento al caso, se solicitó información y copia de los expedientes clínicos respectivos a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, así como a los Hospitales Comunitario de Nacajuca, Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, y a la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa; asimismo, de las diligencias realizadas para el esclarecimiento de los hechos, se tuvo conocimiento que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos del Estado de Tabasco radicó el expediente de queja 1 por lo que el 22 de mayo de 2014 este Organismo Nacional determinó ejercer la facultad de atracción respecto al caso, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

B. Sobre el caso de V3 (Expediente CNDH/4/2014/3221/Q)

12. El 6 de mayo de 2014, aproximadamente a las 19:30 horas, V3, menor de 16 años de edad, originaria del municipio de Macuspana, Tabasco, quien cursaba un embarazo de 13 semanas de gestación, acudió junto con Q2 y T2 al Hospital General de Macuspana, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, ya que presentó sangrado vaginal y dolor abdominal desde las 19:00 horas de ese día.

13. Q2 manifestó en comparecencia de 21 de mayo de 2014 ante este Organismo Nacional, que V3 fue recibida por AR7, quien previa revisión le prescribió amoxicilina de 500 mg e indometacina de 25 mg, así como la práctica de un ultrasonido, el cual no era posible llevar a cabo en el hospital, ya que el personal se había retirado.

14. Agregó que AR7 indicó a V3 que regresara a su domicilio a fin de que guardara reposo; sin embargo, V3 continuó presentando sangrado en coágulos y dolor de mayor intensidad; en consecuencia, el 7 de mayo de 2014, a las 18:00 horas, se trasladó nuevamente con Q2 al citado Centro Hospitalario, donde SP8, le refirió que debía esperar su turno, ello a pesar de que Q2 manifestó que se

trataba de una urgencia, siendo el caso que fue atendida alrededor de las 21:00 horas por AR7, quien previa práctica de un ultrasonido se percató que el *“producto ya estaba muerto”*.

15. Ante ello, AR7 precisó a V3 que *“ya no podían hacer nada ya que no estaba el ginecólogo, que regresara al otro día como a las 13:00 horas”*; sin embargo, al considerar que V3 se encontraba en peligro, Q2 solicitó a AR7 se le otorgara un pase para su ingreso al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, al cual fue trasladada en una ambulancia, arribando a las 23:00 horas de la misma fecha, donde se le practicó un legrado y fue dada de alta el 8 de mayo de 2014, como se observa en la Nota médica de Alta Hospitalaria suscrita por SP14 y en la que obra la firma de Q2.

16. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/4/2014/3221/Q; se solicitó información y copia de los expedientes clínicos respectivos a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, así como a los Hospitales General de Macuspana, Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, y a la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa; asimismo, de las diligencias realizadas para el esclarecimiento de los hechos se tuvo conocimiento de que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco radicó el expediente de queja 2, por lo que, considerando que las mujeres en estado de gestación, se hallan en situación de vulnerabilidad, cuando no cuentan con medios para satisfacer sus necesidades materiales y no recibir con eficiencia y calidad los servicios básicos indispensables para su desarrollo y salud, como lo es la adecuada y oportuna atención médica el 29 de abril de 2014, este Organismo Nacional determinó ejercer la facultad de atracción respecto al caso, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

17. Tomando en consideración los hechos planteados en los expedientes **CNDH/4/2014/3220/Q y CNDH/4/2014/3221/Q**, se observó que existe coincidencia

en los supuestos violatorios de derechos humanos que derivan de los actos que se investigan, así como identidad de la autoridad responsable, ya que son atribuibles a personal adscrito a los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, y versan sobre los mismos derechos fundamentales reconocidos, tanto por ordenamientos jurídicos nacionales, como internacionales; por ello, de conformidad con lo previsto en el artículo 85 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, el 19 de noviembre de 2015, este Organismo Constitucional acordó la acumulación del expediente **CNDH/4/2014/3221/Q** al diverso **CNDH/4/2014/3220/Q**, a fin de que una vez realizado el estudio de las evidencias que obran en los mencionados asuntos, se emitiera la determinación procedente.

II. EVIDENCIAS

A. Del expediente CNDH/4/2014/3220/Q relativo al caso de V1 y V2.

18. Nota periodística publicada el día 8 de mayo de 2014, en el sitio electrónico www.diariopresente.com.mx, titulada *“Por negligencia médica fallece bebé; ahora en Nacajuca”*, en la que se difundió el caso de V1 y V2.

19. Acta Circunstanciada de 20 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la entrevista realizada por dos visitantes adjuntos de este Organismo Nacional a personal adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca, Tabasco, a la Jurisdicción Sanitaria número 13 de esa localidad, y a la Unidad Jurídica de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, sobre el caso de V1 y V2.

20. Acta Circunstanciada de 20 de mayo de 2014, en la que consta la entrevista efectuada por personal adscrito a esta Comisión Nacional a SP21, en relación a la atención que otorgó a V1 el 29 de abril de 2014.

21. Acta Circunstanciada de 20 de mayo de 2014, en la que se asentaron las manifestaciones efectuadas por V1 sobre los sucesos del 29 de abril de 2014, de las cuales se desprende en lo esencial que durante su seguimiento prenatal fue

atendida por AR3, quien detectó que padecía diabetes gestacional e hipertensión; que el 29 de abril de 2014 acudió al Hospital Comunitario de Nacajuca, que al no sentir el movimiento del bebé, tuvo que solicitar la intervención de AR1 para que se le brindara atención, la cual le fue otorgada por AR2, quien verificó que la frecuencia cardiaca de V2 era normal; sin embargo el mismo día por la tarde se presentó en el nosocomio ya que no percibía los movimientos de V2, donde AR3 le indicó la práctica de un ultrasonido, detectando una frecuencia cardiaca de 127 lpm, indicativa de que el producto de la gestación presentaba sufrimiento fetal, por lo que V1 se trasladó al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, donde se confirmó la *“muerte del bebé”*; V1 exhibió entre otras constancias:

21.1 Receta médica gratuita de V1 de 11 de febrero de 2014, correspondiente a la consulta de esa fecha en el Hospital Comunitario de Nacajuca, Tabasco, suscrita por AR3, en la que prescribió Ácido Fólico 5 mg c/12 hrs., Calcio 500 mg c/12 hrs. y Nifedipino 30 mg c/24 hrs.

21.2 Formato Único de Consulta Externa de V1 de 18 de marzo de 2014, en el Hospital Comunitario de Nacajuca, Tabasco, suscrita por AR4, en el que se estableció en lo esencial el diagnóstico de probable diabetes gestacional de V1, indicando la aplicación de 4 mgr de Betametazona diarios y citas con los servicios de medicina interna y ginecología en un mes.

22. Acta Circunstanciada de 21 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la diligencia efectuada por dos visitadores adjuntos de este Organismo Nacional, con personal adscrito a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco y de la cual se desprendió que en ese Organismo local se tramitaba el expediente de queja 1 por los hechos relacionados con el caso de V1 y V2, entregando en ese acto copia simple del mismo al personal de esta institución.

23. Acta Circunstanciada de 22 de mayo de 2014, en la que se asentó la entrevista realizada por dos visitantes adjuntos de este Organismo Nacional a personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” y a la Unidad Jurídica de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, sobre la atención otorgada a V1 los días 29 y 30 de abril de 2014 en el sentido de que esta arribó a las 22:32 horas del 29 de abril de 2014 al servicio de Urgencias y a la exploración no se detectó frecuencia cardíaca de V2, por lo que se practicó un ultrasonido ginecoobstétrico, en el que se confirmó lo anterior, por lo que se le ingresó a sala de labor para inducción de trabajo de parto, el cual se llevó a cabo el 30 de abril de 2014 a las 14:30 horas, obteniéndose producto masculino, sin que posteriormente V1 presentara complicaciones; en la citada diligencia se hizo entrega de copia certificada del expediente clínico de la paciente integrado en ese nosocomio, del cual destacan las siguientes documentales:

23.1 Constancia de Ultrasonido Obstétrico practicado a V1 el 29 de abril de 2014 por un médico particular, en la localidad de Nacajuca, Tabasco, que reporta como conclusión *“Feto único vivo de 35 semanas de gestación por ultrasonido, datos de sufrimiento fetal agudo, placenta corporal anterior grado II, líquido amniótico de volumen normal y frecuencia cardíaca de 127 latidos por minuto”*.

23.2 Historia Clínica de V1 de 29 de abril de 2014, suscrita por SP3 en la que se estableció como diagnóstico *“Multigesta embarazo de 37.2 semanas de gestación actual....Óbito fetal*.

23.3 Hoja de Ingreso de V1 al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, de fecha 29 de abril de 2014 a las 22:32 horas, suscrita por SP4 en el que se reportó en lo esencial lo siguiente: *“Se ingresa paciente para atención obstétrica y valorar inicio de inducción de parto. USG de esta institución reporta óbito fetal de 37.2. Trae laboratorios con elevación de glucosa central a 124 y glucosuria de 1000 mg...”*.

23.4 Constancia de Ultrasonido obstétrico practicado a V1 por SP1 y SP2 el 29 de abril de 2014 en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” en el que se determina como impresión diagnóstica: *“óbito fetal... producto de 37.2 semanas por fetometría”*.

23.5 Nota de Ingreso a Labor de V1, en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, de fecha 29 de abril de 2014 a las 23:35 horas,, suscrita por SP3 en la que se asentaron los siguientes comentarios: *”Se trata de paciente multigesta con embarazo de 37.2 SDG por USG actual, sin trabajo de parto, complicado con diabetes gestacional y producto óbito corroborado por USG probablemente secundario a descontrol glucémico, paciente se desconocía diabética, además de presentar cifras tensionales elevadas...Riesgo: Alto”*.

23.6 Nota Médica de Evolución de 30 de abril de 2014 a las 15:15 horas, suscrita por SP5.

23.7 Nota Postparto de 30 de abril de 2014, suscrita por SP5 en la que se describió: *“paciente de 40 años de edad que ingresó a sala de labor el 30 de abril de 2014 con embarazo de término, producto óbito. Se lleva a cabo asistencia activa de trabajo de parto...”*.

23.8 Certificado de Muerte Fetal de V2, de 30 de abril de 2014, expedido por la Secretaría de Salud Federal en el que se establece como causa de la muerte *“Interrupción de la Circulación materno-fetal”*.

23.9 Nota Médica de Alta Hospitalaria de V1, de 1 de mayo de 2014 a las 14:00 horas, suscrita por SP6 y SP7.

24. Acta Circunstanciada de 22 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la diligencia realizada por dos Visitadores Adjuntos de este Organismo Nacional, con una servidora pública adscrita a la Mesa de Derechos Humanos de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, quien hizo entrega de la copia del

expediente clínico de V1 integrado en el Hospital Comunitario de Nacajuca, del que se destacan las siguientes constancias:

24.1 Historia clínica de consulta externa de V1 de 5 de marzo de 2014, suscrita por AR3 en la que se establecieron los antecedentes médicos de V1 y a la exploración física se detectó: *“abdomen globoso a expensa de panículo adiposo y Gestósico, con producto único vivo con un fondo uterino de 21 cm. En situación transversa con una FCF de 130x’ en el cuadrante inferior derecho”*.

24.2 Notas Médicas de 11 y 14 de febrero; 5, 18 y 25 de marzo; 25 y 29 de abril de 2014, suscritas por AR3, AR4, AR5, AR6 y AR2.

24.3 Nota de Seguimiento de Trabajo Social del Hospital Comunitario de Nacajuca sin fecha y sin nombre de quien la elaboró, sobre la atención otorgada a V1 el 29 de abril de 2014.

25. Acuerdo de radicación de oficio y atracción de 22 de mayo de 2014, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar de oficio el expediente CNDH/4/2014/3220/Q, a efecto de investigar los hechos que dieron origen al caso de V1.

26. Oficio SS/UJ/1171/2014 de 27 de mayo de 2014, por el cual el Titular de la Unidad Jurídica de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco remitió, entre otras documentales, el resumen clínico sin fecha ni firma, en el que se describe la atención médica otorgada a V1 en el Hospital Comunitario de Nacajuca.

27. Oficio PGJ/DDH/02761/2014 de 9 de junio de 2014, por el cual la Directora de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tabasco, remitió el similar PGJ/DGI/DH/0593/2014 de 4 del mismo mes y año, que suscribe el Director General de Investigación de esa instancia, en el que informó que sobre el caso de V1 y V2, no se ha iniciado averiguación previa o acta ministerial de investigación.

28. Acta circunstanciada de 27 de agosto de 2014, en la que consta la gestión telefónica efectuada por una Visitadora Adjunta de este Organismo Nacional con personal de la Secretaría de Contraloría del Estado de Tabasco, de la cual se tuvo conocimiento que esa autoridad no inició procedimiento administrativo con motivo del caso de V1 y V2.

29. Acta Circunstanciada de 13 de octubre de 2014, en la que se hizo constar la llamada telefónica efectuada por una Visitadora Adjunta de esta Comisión Nacional con personal adscrito a la Unidad Jurídica de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, de la cual se advirtió que con motivo del caso de V1 y V2 no se inició procedimiento administrativo alguno, ni se dio vista de los hechos a la Secretaría de la Contraloría de esa entidad federativa.

30. Oficio CEDH/3V-2791/2014 de 4 de diciembre de 2014, por el que la Tercera Visitadora General de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco remitió el original del expediente de queja 1, integrado en ese Organismo local con motivo de los hechos que dieron origen al caso de V1 y del cual destacan:

30.1 Escrito de queja presentado por Q1 sobre el caso de V1 y V2, de 9 de mayo de 2014.

30.2 Acta circunstanciada de Comparecencia de V1, de 12 de junio de 2014, ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco, sobre el contenido del informe rendido por la Secretaría de Salud de esa entidad federativa, de la que se destaca su inconformidad con el informe rendido por la autoridad, argumentando que a pesar de ser hipertensa y diabética no se le prescribieron medicamentos para tales padecimientos, aunado a que no se le practicaba estudio alguno cuando acudía consulta, hasta el momento en el que se detectó que V2 presentaba frecuencia cardíaca fuera de rango, se determinó indicarle un ultrasonido por parte de una institución particular.

30.3 Acta de Comparecencia de T1 de 24 de junio de 2014 ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco, en la que se hizo constar su testimonio sobre los hechos en los siguientes términos: *“a las siete de la noche le hicieron un ultrasonido fue cuando yo me encontraba ya ahí con ella, y el doctor nos dijo que mi mamá necesitaba ir a urgencias para que le enviaran al Roviroso, por lo que debido a la atención que no le brindaban decidimos llevarla directamente al Hospital Roviroso, estando ahí la atendieron y fue que nos dijeron que el bebé ya estaba muerto”*.

31. Opinión emitida por un perito médico, adscrito a este Organismo Nacional, sobre el caso de V1 y V2, de 6 de enero de 2015.

B. Del expediente CNDH/4/2014/3221/Q, relativo al caso de V3

32. Nota periodística publicada el día 9 de mayo de 2014, en el sitio electrónico www.diariopresente.com.mx, titulada *“Muere bebé dentro del vientre de su madre por negligencia en Tabasco”*, en la que se difundió el caso de V3.

33. Acta Circunstanciada de 9 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional con SP9, sobre el caso de V3 quien sobre el particular manifestó, en lo esencial, que la agraviada acudió aproximadamente a las diecinueve treinta horas del 6 de mayo de 2014, con diez semanas de embarazo (sic) y con dolor leve, indicándole un médico la práctica de un ultrasonido en el exterior, así como medicamento para inhibir el proceso, ya que en ese horario no cuentan con ese servicio; que la paciente regresó al nosocomio aproximadamente a las 16:00 o 17:00 horas del día siguiente, sin el estudio, por lo que se le practicó el mismo en ese hospital, obteniendo como resultado un “huevo muerto retenido”, por lo que era procedente realizarle un legrado uterino, oponiéndose sus familiares y exigiendo su traslado al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, mismo que se efectuó en ambulancia; agregó no tener

antecedentes de que se haya iniciado alguna averiguación previa en contra del personal de esa institución”.

34. Acta Circunstanciada de 21 de mayo de 2014, en la que consta la entrevista efectuada por 2 visitadores adjuntos adscritos a esta Comisión Nacional a SP9, SP10, SP11 y AR7, en relación a la atención que se otorgó a V3 en el Hospital General de Macuspana los días 6 y 7 de mayo de 2014, diligencia de la cual destacó que V3 acudió al nosocomio el 6 de mayo de 2014 a las 19:35 horas, refiriendo que tenía sangrado vaginal y dolor abdominal, que al explorarla se encontró mínimo sangrado; que cursaba con un embarazo de 13 semanas, por lo que se le indicó ultrasonido pélvico en un medio privado, ya que por las noches no se cuenta con ese servicio; que el 7 de mayo de 2014 nuevamente acudió a las 19:40 horas con el ultrasonido efectuado el mismo día en el Hospital General de Macuspana, el cual reportó un Huevo Muerto Retenido de 10 semanas, por lo que se explicó a V3 y a sus familiares que requeriría una limpieza de cavidad uterina, que se le realizaría en esa institución al día siguiente; mientras tanto se implementaría el manejo con antibióticos pero los familiares exigieron que se le realizara el legrado inmediatamente, por lo que, al no contar con ginecólogo en ese momento, se le refirió al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”; se agregó que el servicio de ultrasonido se presta de 13:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y cuando en consulta externa se indica el estudio la paciente saca cita, pero en casos de emergencia se le da acceso inmediatamente y cuando hay una emergencia en las mañanas se sugiere a los familiares que se realice de manera particular .

35. Acta Circunstanciada de 21 de mayo de 2014, en la que se asentaron las manifestaciones efectuadas por Q2 sobre los sucesos del 6 y 7 de mayo de 2014.

36. Acta Circunstanciada de 21 de mayo de 2014 en la que se hizo constar la diligencia efectuada por dos Visitadores Adjuntos de este Organismo Nacional, con personal adscrito a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco

y de la cual se desprendió que en ese Organismo local se tramitaba el expediente de queja 2 por los hechos relacionados con el caso de V3, proporcionando en ese acto copia simple del mismo al personal de esta Comisión Nacional.

37. Acta Circunstanciada de 22 de mayo de 2014, en la que se asentó la entrevista realizada por dos Visitadores Adjuntos de este Organismo Nacional, a personal adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” y a la Unidad Jurídica de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, sobre la atención otorgada a V3 los días 6 y 7 de mayo de 2014, y en la que se hizo entrega de copia certificada del expediente clínico de la paciente integrado en ese nosocomio, del cual destacan las siguientes documentales:

37.1 Hoja de referencia de 7 de mayo de 2014 a las 19:40 horas, en la que se hizo constar el traslado de V3 del Hospital General de Macuspana, Tabasco al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”.

37.2 Historia clínica de V3 de 7 de mayo de 2014, suscrita por SP12 y SP18, en la que se asentó en lo esencial lo siguiente: *“el día de ayer inicia con sangrado, espontáneo, persistiendo el día de hoy por lo que acude al Hospital de Macuspana donde se realiza USG y reportan huevo muerto retenido.... Diagnóstico: aborto diferido”*.

37.3 Nota de Valoración de Urgencias de Ginecología y Obstetricia, de 7 de mayo de 2014 a las 23:00 horas, suscrita por SP13 en la que se asentó el diagnóstico de *“aborto diferido y riesgo obstétrico alto”*.

37.4 Solicitud Única de Estudios de 7 de mayo de 2014, signada por SP16 y SP17, relativa a ultrasonido endovaginal practicado a V3 en el que se determinó como impresión diagnóstica: *“datos ecográficos en relación a embarazo anembrionario de 8.4 semanas de gestación por longitud de saco gestacional”*.

37.5 Constancia de ultrasonido pélvico practicado a V1 el 7 de mayo de 2014 en el Hospital General de Macuspana, suscrita por SP20 en la que se establece como diagnóstico: *“Huevo Muerto Retenido de aproximadamente 10 semanas de gestación”*.

37.6 Nota de ingreso a labor de V3, de 8 de mayo de 2014, suscrita por SP12 en la que se describe: *“Paciente femenino de 16 años de edad quien cursa con Huevo Muerto Retenido compatible dicho diagnóstico por reporte de Ultrasonido Ginecológico y clínicamente se decide realizar evacuación de la cavidad uterina mediante técnica de Aspiración Manual Endouterina para evitar riesgos de hemorragia por retención o infección se inicia profilaxis antibiótico”*.

37.7 Nota Preoperatoria y de Solicitud de Operación de 8 de mayo de 2014 a las 3:40 horas, sin firma, en la que se indicó la práctica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) a V3 por SP15 y SP19.

37.8 Nota médica postoperatoria de 8 de mayo de 2014 a las 5:00 horas, en la que se describió la intervención practicada a V3 por SP12 y SP15 a través de AMEU y se emitió diagnóstico reservado a evolución.

37.9 Nota médica de Alta Hospitalaria de V3, de 8 de mayo de 2014, a las 14:00 horas, suscrita por SP14 en la que se estableció: *“Evoluciona satisfactoriamente, tolera la vía oral, uresis y evacuaciones al corriente, deambulación positiva. Con signos vitales estables”*.

38. Acta Circunstanciada de 22 de mayo de 2014, en la que se hizo constar la diligencia realizada por dos Visitadores Adjuntos de este Organismo Nacional con una servidora pública adscrita a la Mesa de Derechos Humanos de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, quien hizo entrega de copia certificada del expediente clínico de la paciente integrado en el Hospital General de Macuspana, resaltando las siguientes constancias:

38.1 Hoja de Valoración de Urgencias de V3 de 6 de mayo de 2014, a las 19:35 horas, suscrita por AR7 en la que se establece como diagnóstico amenaza de aborto.

38.2 Hoja de Referencia de 7 de mayo del 2014 a las 19:40 horas, sin firma, en la que se hace constar el envío de V3 del Hospital General de Macuspana, Tabasco al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” para su atención con el diagnóstico de Huevo Muerto Retenido de 10 semanas.

39. Acuerdo de radicación de oficio y atracción de 22 de mayo de 2014, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar de oficio el expediente CNDH/4/2014/3221/Q para investigar los hechos que dieron origen al caso de V3.

40. Oficio HGM/0839/2014 de 27 de mayo de 2014, por el que por ausencia de SP9, se rindió el informe que le fue requerido por este Organismo Nacional, en relación a la atención médica otorgada a V3 en el Hospital General de Macuspana.

41. Oficio PGJ/DDH/02762/2014 de 9 de junio de 2014, por el cual la Directora de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tabasco, remitió el similar PGJ/DGI/DH/0592/2014 de 4 del mismo mes y año, que suscribe el Director General de Investigación de esa instancia, en el que informó que sobre el caso de V3 no se ha iniciado averiguación previa o acta ministerial de investigación.

42. Acta Circunstanciada de 10 de septiembre de 2014, en la que consta la gestión telefónica efectuada por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional con personal de la Secretaría de Contraloría del Estado de Tabasco, de la cual se tuvo conocimiento que esa autoridad no inició expediente con motivo del caso de V3.

43. Oficio CEDH/3V-3033/2014 de 16 de diciembre de 2014, por el que la Tercera Visitadora General de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco

remitió el original del expediente de queja 2 integrado en ese Organismo Local, con motivo de los hechos que dieron origen al caso de V3 y del cual destacan:

43.1 Escrito de queja presentado por Q2 sobre el caso de V3, de 9 de mayo de 2014.

43.2 Certificado médico de 9 de mayo de 2014, elaborado por personal adscrito a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco, en el cual se hizo constar el estado de salud de V3.

43.3 Imagen fotográfica de V3.

43.4 Acta Circunstanciada de 9 de junio de 2014, en la que se asentaron las manifestaciones efectuadas por Q2 en relación al contenido del informe rendido por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, sobre el caso de V3 y de la que se desprende lo siguiente: *“Mi hija, es la que se encontraba muy grave y entonces no estoy conforme pues cuando le dijimos al doctor que la internara el doctor no quiso al contrario me dijo que mi hija tenía que durar con el producto adentro 24 horas, porque no había quien le hiciera el legrado ni el ultrasonido”*.

44. Opinión emitida por un médico, adscrito a este Organismo Nacional sobre el caso de V3, de 22 de enero de 2015.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

A. Sobre el caso de V1 y V2 (Expediente CNDH/4/2014/3220/Q)

45. El 8 de mayo de 2014, se publicó en la página electrónica www.diariopresente.com.mx, una nota periodística titulada *“Por negligencia médica fallece bebé; ahora en Nacajuca”*, en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 40 años de edad, quien cursaba un embarazo de 35 semanas, quien tras haber recibido inadecuada e inoportuna atención médica en el Hospital Comunitario de

Nacajuca, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, junto con Q1, se trasladó al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, en Villahermosa, de esa entidad federativa, donde el diagnóstico realizado por un médico particular fue corroborado, por lo que V1 perdió al producto de la gestación; con motivo del caso, este Organismo Nacional inició de oficio el expediente de queja CNDH/4/2014/3220/Q.

46. Derivado de los hechos antes descritos, el 12 de mayo de 2014, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco radicó el expediente de queja 1, con motivo de la comparecencia de Q1 ante ese Organismo Local, respecto del cual se ejerció la facultad de atracción por esta Comisión Nacional mediante acuerdo de 22 de mayo de 2014.

47. La Secretaría de Contraloría del Gobierno del Estado de Tabasco informó que no se inició procedimiento de responsabilidad, para determinar la existencia de conductas constitutivas de irregularidades administrativas cometidas por servidores públicos adscritos a los Servicios de Salud de esa entidad federativa.

48. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, no se cuenta con evidencia que permita acreditar el inicio de averiguación previa relacionada con los hechos que motivaron el caso de V1 y V2.

B. Sobre el caso de V3 (Expediente CNDH/4/2014/3221/Q)

49. El 9 de mayo de 2014, se publicó en la página electrónica www.diariopresente.com.mx, una nota periodística titulada “*Muere bebé dentro del vientre de su madre por negligencia en Tabasco*”, en la que se dio a conocer el caso de V3, quien cursaba un embarazo de 13 semanas y acudió a solicitar atención médica en el Hospital General de Macuspana, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, donde se le brindó una inadecuada atención médica. Con motivo del caso, este Organismo Nacional inició de oficio el expediente de queja CNDH/4/2014/3221/Q.

50. Derivado de los hechos antes descritos, el 9 de mayo de 2014, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco radicó el expediente de queja 2, con motivo de la comparecencia de Q2 ante ese Organismo local, respecto al cual se ejerció la facultad de atracción por esta Comisión Nacional mediante acuerdo de 22 de mayo de 2014.

51. La Secretaría de Contraloría del Gobierno del Estado de Tabasco, informó que no se inició procedimiento de responsabilidad para determinar la existencia de conductas constitutivas de irregularidades administrativas, cometidas por servidores públicos adscritos a los Servicios de Salud de esa entidad federativa.

52. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, no se cuenta con evidencia que permita acreditar el inicio de averiguación previa relacionada con los hechos que motivaron el caso de V3.

IV. OBSERVACIONES

53. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2014/3220/Q y su acumulado CNDH/4/2014/3221/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con evidencias que permiten probar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna de V1 y V3; a conocer la verdad sobre la atención médica otorgada a V1 (inadecuada integración del expediente clínico de V1; a vivir una vida libre de violencia obstétrica de V1 y V3; y se pronunciará sobre la pérdida del producto de la gestación V2.

1. Derecho a la protección de la salud materna

A. Inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital Comunitario de Nacajuca, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco.

54. Este Organismo Constitucional constató que desde la primera consulta de control prenatal que se realizó a V1, el 11 de febrero de 2014, fue diagnosticada con un embarazo de alto riesgo; ello según se asentó en la Nota Médica del 11 de febrero de 2014, del expediente clínico de V1, correspondiente a la primera consulta de control prenatal, en la que el diagnóstico principal asentado por AR3 fue *“Supervisión de embarazo de alto riesgo”*.

55. Esta misma situación de riesgo se corroboró en la consulta del día 5 de marzo de 2014, cuando V1 fue atendida por AR3, quien omitió clasificar su embarazo de alto riesgo a pesar de ser una mujer multípara, de 39 años de edad, con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, Índice de Masa Corporal de 31.25, glucosa de 142 mg/dl y Glucosuria de 50 mg/dl.

56. Sobre este particular, la información sobre la edad e Índice de Masa Corporal de V1 resultaban indicativos de podría tratarse de un embarazo de alto riesgo y del desarrollo de diabetes gestacional; sin embargo, AR3 omitió canalizarla al servicio de Ginecología y Obstetricia el mismo día de la consulta para una adecuada vigilancia del embarazo como lo prescribe el numeral 5.1.2.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”* publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

57. Asimismo, si bien es cierto que el 11 de febrero de 2014 se indicó la práctica de estudios como Biometría Hemática y Examen General de Orina, según se observa de la receta médica emitida al efecto; no obra en el expediente clínico el registro de que los mismos se hubieran realizado. Tales estudios son de

importancia toda vez que a través de ellos se puede descartar alguna complicación del embarazo, ya que fue hasta la valoración médica practicada a V1 el 18 de marzo de 2014, donde se constató a través de la química sanguínea y el Exámen General de Orina que la paciente presentaba diabetes gestacional, misma que había evolucionado desde el 11 de febrero de 2014 al no haberse solicitado dichos estudios oportunamente.

58. V1 asistió nuevamente a consulta prenatal el 18 de marzo del 2014, donde fue diagnosticada por AR4 con probable diabetes gestacional, quien asentó en la nota elaborada los siguientes datos: Embarazo normoevolutivo, hiperglucemia, Glucemia 147, por lo que, al respecto, suscribió una receta en la que indica a V1 Betametazona (sic) 4mg, intramuscular ámpula, 4 ámpula una diaria.

59. Sin embargo, de acuerdo con la opinión del médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, emitida en la integración del presente asunto, la prescripción del medicamento denominado Betametasona para tratar este padecimiento, no contaba con justificación suficiente, ya que se le aplicaron en total 32 miligramos, esto es, 4 ámpulas de 4 mg el 18 de marzo de 2014 y la misma cantidad el 22 de abril de 2014.

60. Cabe mencionar que la aplicación de esta dosis no puso en peligro al producto de manera directa; sin embargo, la hiperglicemia (parámetro elevado de glucosa en la sangre) relacionada con la administración del corticoesteroide (Betametasona), puede ser severo para el producto de la gestación si no se lleva una estrecha vigilancia de la paciente, toda vez que, como se ha referido, V1 padecía diabetes gestacional.

61. Al tratarse de una paciente embarazada, AR4 debió observar lo previsto en el numeral 5.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, esto es, que *“en relación a la atención de la madre durante el embarazo, debe vigilarse*

estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración”.

62. Por tanto, al diagnosticar AR4 a V1 una *“probable diabetes gestacional”*; previo a la prescripción de cualquier medicamento, debió realizar una vigilancia materno-fetal estrecha, control glucémico riguroso para disminuir la morbilidad y mortalidad del producto y prueba de tamiz, esta última con la finalidad de establecer con certeza el diagnóstico de diabetes gestacional que se había catalogado como probable y así indicar una evaluación clínica, cada una o 2 semanas, dependiendo del grado de control glucémico hasta la semana 34 de embarazo, con el propósito de vigilar a la paciente y evitar complicaciones derivadas de la evolución de la diabetes gestacional que se encontraba en desarrollo desde el 11 de febrero de 2014.

63. Aunado a ello, esta Comisión Nacional detectó diversas irregularidades en la vigilancia del embarazo de V1 que permitieron que sus condiciones de alto riesgo evolucionaran, a saber: a) durante la consulta de 25 de marzo del 2014, AR6 indicó la toma de hemoglobina glucosilada, sin que obre en el expediente clínico constancia alguna de la práctica de este estudio; b) en dicha revisión se omitió dirigirla al servicio de Ginecología y Obstetricia, pasando por alto sus condiciones de edad, índice de masa corporal y el diagnóstico de probable diabetes gestacional; c) en la consulta del día 25 de abril del 2014, AR6 reportó en la nota realizada lo siguiente: *“femenino de 40 años, DM2, refiere dolor en su útero gestante”*; sin embargo, el citado médico omitió solicitar la práctica de hemoglobina glucosilada y tampoco la canalizó al servicio de Ginecología y Obstetricia.

64. Ahora bien, según lo describió V1, el día 29 de abril de 2014, aproximadamente a las 10:00 horas, al no percibir movimientos fetales en su vientre acudió al área de Urgencias del citado Hospital; al arribar, informó a SP21 que contaba con cita abierta, a lo cual la citada servidora pública le indicó que

debía esperar, ya que los médicos en turno se encontraban atendiendo 2 ingresos hospitalarios. En consecuencia, V1 solicitó la intervención de AR1, Directora del nosocomio, para que se le otorgara el servicio de consulta, el cual se le brindó aproximadamente a las 12:10 horas cuando fue atendida por AR2, 2 horas después de su llegada a ese hospital, quien registró la frecuencia cardíaca de V2, de 140 latidos por minuto e indicó que se encontraba en los parámetros normales, por lo que prescribió a V1 reposo, ultrasonido obstétrico y cita abierta a Urgencias.

65. Posteriormente, a las 18:00 horas, V1 se presentó nuevamente en el hospital a consulta externa, sin percibir movimientos fetales, donde recibió atención por parte de AR3, quien al detectar que la frecuencia cardíaca de V2 se encontraba por debajo de los parámetros normales le indicó la práctica de ultrasonido urgente.

66. Al respecto, se destaca el contenido del resumen clínico sin fecha, elaborado en el Hospital Comunitario de Nacajuca, que obra en el expediente de V1, del que se desprende lo siguiente: *“Alrededor de las 18:00 horas. Se diagnostica embarazo de 35 sdg, con latido cardíaco fetal de 80 a 130x’, (cifras con variaciones y por debajo de los valores normales), en ese momento el médico le solicita usg obstétrico, por segunda ocasión y le da instrucciones de regresar nuevamente con resultados para integrar un diagnóstico completo y normar las indicaciones siguientes, la paciente sale del consultorio y no solicita en esta institución que se le realice el ultrasonido, y decide realizarlo por médico particular, pero la paciente ya no regresa a esta institución para darle seguimiento”.*

67. Sobre ello, en la opinión del médico de esta Comisión, la frecuencia cardíaca que presentaba V2 era indicativa de que se encontraba cursando un grado de sufrimiento fetal, por lo que AR3 debió ingresar a la paciente para la toma de estudios y determinar la resolución obstétrica ya sea vía vaginal o abdominal de manera urgente; cabe señalar que en la nota médica elaborada por AR3, no se estableció la desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal, siendo esta reportada en el informe rendido a este Organismo Nacional, de lo que se aduce que este

parámetro no fue tomado en cuenta, lo que repercutió directamente en perjuicio del producto.

68. Este Organismo Nacional considera que AR3 debió ingresar a la paciente al Hospital Comunitario de Nacajuca al detectar la anomalía referida, para determinar las acciones médicas necesarias tendentes a garantizar la salud de V1 y V2, considerando además que se trataba de un caso de embarazo de término, según se clasifica en el numeral 4.1 en relación con el 4.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

69. Cabe resaltar que en conjunto, la vigilancia del estado materno-fetal en el citado nosocomio fue inadecuada, toda vez que el 5 de marzo de 2014 AR3 no diagnosticó diabetes gestacional a pesar de que V1 reportó una glucosa de 130 mg/dl; el 25 de marzo de 2015, AR5 no tomó el parámetro de hemoglobina glucosilada, citando a V1 dentro de un mes a valoración; el 25 de abril, AR6 de nueva cuenta omitió solicitar el estudio mencionado, además de indicar revisión en 2 meses, omitiendo además, tanto AR5 como AR6 canalizar a V1 al servicio de interconsulta de ginecología y obstetricia.

70. El 29 de abril de 2014, AR2 también omitió realizar el estudio de hemoglobina glucosilada, siendo que en esa misma fecha, V1, al conocer el resultado del ultrasonido que le fue practicado, y ante la falta de prontitud en la atención que había recibido por el personal adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca, se dirigió al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, donde se le atendió aproximadamente a las 20:00 horas, y se ordenó la práctica de un nuevo ultrasonido obstétrico, el cual fue llevado a cabo por parte de SP1 y SP2, reportándose lo siguiente: *“El corazón tiene cuatro cavidades sin detectarse frecuencia cardíaca...El líquido amniótico es de aspecto anecoico, con volumen de 16.2 cc... Impresión diagnóstica: óbito Fetal, Producto de 37.2 semanas por Fetometría”*.

71. Entre los estudios practicados en esa fecha a V1 en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, se llevó a cabo una hemoglobina glucosilada en donde SP4 estableció el resultado de 7.5%, lo que indica que la paciente se encontraba en un mal estado metabólico, el cual afectó directamente al producto de la gestación. En ese sentido, tal inestabilidad clínica pudo prevenirse con la toma de los estudios correspondientes durante la atención prenatal de V1 en el Hospital Comunitario de Nacajuca, por lo que se debió llevar un manejo hospitalario para la vigilancia fetal a través de pruebas sin estrés cada semana y ultrasonido Doppler, con el objetivo de realizar una adecuada vigilancia materno-fetal.

72. En consecuencia, al detectarse en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, que V2 ya no presentaba frecuencia cardíaca, en la misma fecha, a las 22:00 horas, se dio ingreso a V1 al nosocomio para la inducción del parto el 30 de abril de 2014, donde fue atendida por SP5, obteniéndose un producto a término óbito (con ausencia de frecuencia cardíaca), por lo que previa recuperación de V1, el 1° de mayo de ese año a las 14:00 horas, fue dada de alta del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” al presentar datos de estabilidad clínica.

73. En conclusión, el diagnóstico de embarazo de alto riesgo y diabetes gestacional e hipertensión, agregados a la edad de V1, eran señales ineludibles de que la paciente debía recibir una vigilancia estrecha y tratamiento especializado en la disciplina de gineco-obstetricia desde que los padecimientos fueron detectados, a fin de prevenir y evitar el riesgo en la salud de V1; por tanto, al no haber sido debidamente vigilado el estado materno-fetal a través de valoraciones médicas continuas, práctica de laboratorios y tomando en cuenta los antecedentes referidos, las patologías que presentaba V1 evolucionaron, a un grado tal, que generaron una afectación en el desarrollo de V2 propiciando que este presentara sufrimiento fetal, hasta suscitarse la pérdida del producto de la gestación,

contraviniendo lo previsto en el numeral 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

B. Inadecuada atención médica otorgada a V3 en el Hospital General de Macuspana, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco.

74. El 6 de mayo de 2014, a las 19:30 horas, V3, menor de 16 años de edad, acudió al área de Urgencias del Hospital General de Macuspana, Tabasco, ya que presentaba sangrado transvaginal y dolor abdominal, siendo atendida por AR7, quien previa revisión, diagnosticó embarazo de 13 semanas, amenaza de aborto e infección de vías urinarias; en la nota elaborada en esa fecha, reportó como hora de inicio del padecimiento las 14:00 horas, con sangrado de regular cantidad y le realizó tacto vaginal, detectando mancha hemática en el guante; por tal motivo prescribió amoxicilina 500 mg. e indometacina 25 mg. cada 8 horas cada una, ultrasonido pélvico y además cita abierta a urgencias.

75. En la nota elaborada en esa fecha AR8 reportó: *“...Motivo de la consulta: Sangrado TV... T/A 110/60 FC 70, Temp. 36.5, R19...FUR 2 feb 14...Padecimiento actual: inicia el día de hoy aprox a las 14:00 horas con sangrado por vía vaginal de regular cantidad, dolor abdominal, motivo de la consulta...tacto vaginal cérvix formado con manchado hemático al guante del explorador, IDX: Primigesta con Emb de 13 sem x Fur; Amenaza de aborto, Pb.IVU, Plan: amoxicilina 500 mg c/8 hrs VO, Cita abierta a urgencias...”*.

76. Al respecto, se observó que la paciente cursaba con un aborto en evolución, ello debido a la presencia de sangrado por vía vaginal de regular cantidad y dolor abdominal, siendo el caso que en menores de edad, tal padecimiento se presenta en mayor porcentaje toda vez que estos embarazos son clasificados como de alto riesgo. La prueba diagnóstica para determinar el manejo del aborto es efectuar un ultrasonido obstétrico, con el fin de establecer el tipo de aborto o alguna otra patología (embarazo ectópico, embarazo molar, miomatosis, entre otras). Este

Organismo Nacional considera que el trato que recibió V3 por parte de los prestadores de servicio de salud, no atendió a su especial condición de menor de edad en estado de gravidez.

77. Sobre el particular, en la nota médica elaborada el 6 de mayo de 2014 se observa la indicación del ultrasonido pélvico; además, en la entrevista sostenida con personal de este Organismo Nacional el 21 de mayo de 2014, AR7 manifestó que este estudio se le había indicado para determinar la viabilidad del producto, pero debido a que por las noches no se brinda ese servicio, le sugirió que se lo practicara en una institución privada y acudiera el mismo día con los resultados.

78. No obstante, en la misma entrevista, en la cual también participó SP9, Director del Hospital General de Macuspana, éste manifestó que el servicio de ultrasonido se presta de 13:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes; que en casos de emergencia se otorga de manera inmediata al paciente, por lo que al arribar V3 al nosocomio a las 19.30 horas y ser atendida por AR7 a las 19:35, quien detectó un aborto en evolución, se debió indicar la toma de ultrasonido en ese momento dentro del nosocomio y no ordenar la práctica del mismo por una institución particular, como se desprende de la nota médica elaborada al efecto por AR7; por lo que se puso en riesgo la vida de V3, toda vez que la presencia de sangrado transvaginal con dolor abdominal y la edad de la paciente eran signos de mal pronóstico, ya que al trasladarse a la clínica privada, pudo haberse suscitado la expulsión del embrión, produciendo una hemorragia y desencadenando un choque hipovolémico (pérdida de sangre y líquido que provoca que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo), destacando que esta complicación al no ser atendida de manera inmediata a nivel hospitalario, produce la muerte del paciente.

79. En ese sentido, en consideración de este Organismo Nacional, la indicación para que se llevara a cabo por una institución privada fue inadecuada, ya que T2 expresó al personal del hospital que el ultrasonido no se había realizado a V3 debido a que no contaba con recursos económicos, ello se observa del informe

rendido por SP9, de 27 de mayo de 2014 en el que se manifestó: *“Al día siguiente, por la tarde; se le realizó ultrasonido en el propio Hospital General de Macuspana el cual reportó: Huevo Muerto Retenido de aproximadamente 10 semanas de gestación (el estudio está integrado en el expediente clínico) Al preguntar AR2 porqué no había traído el ultrasonido en la noche anterior, el esposo de la embarazada señaló que no se le realizó porque no tenía dinero”.*

80. Tal situación se traduce en una conducta generadora de violencia institucional en agravio de V3, al haberse omitido realizar el estudio, encontrándose en horario de servicio e indicar a la paciente que el mismo se efectuara por una institución particular, por lo que con ello se dilató, obstaculizó e impidió a V3 el goce y ejercicio del derecho a la protección de la salud, situación que se destaca por tratarse de personas en condiciones de vulnerabilidad, a quienes se indicó acudieran a un hospital de carácter privado sin considerar su situación económica.

81. En la referida opinión médica se precisó también que el manejo del aborto se puede dar de distintas maneras, como son: **1)** la administración de prostaglandinas prescritas para producir la expulsión del producto y son indicadas a elección de la paciente o cuando se presenta un cuadro de infección; **2)** quirúrgico como Legrado Uterino Instrumentado (LIU); o **3)** Aspiración Manual Endouterina (AMEU), consistiendo las dos últimas en ingresar a la paciente a quirófano y extraer el contenido que se encuentra dentro del útero, manteniéndola sin prescripción de medicamentos y en observación, hasta que el cuerpo por sí mismo expulse el producto; en ambos casos debe darse el ingreso a la paciente a fin de identificar posibles complicaciones, en su mayoría cuadros hemorrágicos que pueden poner en peligro la vida, por lo que de suscitarse, deben tomarse las medidas necesarias para contrarrestar tal complicación; es así, que el presente caso, AR7 al permitir que V3 saliera del nosocomio para practicarse un ultrasonido, expuso su vida de manera innecesaria.

82. El médico de este Organismo Nacional destacó además, que sin atender a la evolución del sangrado que presentó V3, AR7 omitió considerar los posibles diagnósticos diferenciales, a saber, aborto retenido (expulsión de una parte del producto de la gestación), embarazo ectópico (implantación de óvulo fuera del útero), sangrado idiopático (hemorragia de causa desconocida), infección de vagina o cérvix, embarazo molar (degeneración placentaria que causa un embarazo anómalo), hemorragia subcoriónica, y trauma vaginal, dado que cada uno de los mencionados diagnósticos tiene un tratamiento distinto, así como complicaciones, la más común de ellas es la producción de hemorragias.

83. En ese sentido, se considera que la combinación de hemorragia y dolor constituyen un signo de mal pronóstico y por ello, AR7 debió indicar un estudio de imagen (ultrasonido), así como ingresar a la paciente para su vigilancia y normar una conducta apropiada y oportuna, ya que al darla de alta la expuso a que presentara un cuadro hemorrágico debido a la evolución del aborto y al tratamiento que prescribió, ya que si bien es cierto, la indometacina es un antiinflamatorio que puede ser utilizado para la prevención de un parto pretérmino, también lo es que al no corroborarse en un estudio de imagen la situación del cuadro que cursaba V3, es posible afirmar que el medicamento fue prescrito de manera inadecuada, al no constituir parte del tratamiento médico del aborto; por su parte, la amoxicilina es un antibiótico indicado en infección de vías urinarias en embarazadas.

84. El 7 de mayo de 2014 a las 19:40 horas, V3 acudió al Hospital General de Macuspana, ya que el sangrado vaginal continuaba, siendo atendida nuevamente por AR7, quien indicó la práctica de ultrasonido, el cual se llevó a cabo en la misma fecha en ese nosocomio reportando un Huevo Muerto Retenido (HMR) de 10 semanas, por lo que al no contar con un especialista en ginecología en el turno nocturno, se determinó su envío al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”.

85. La indicación se asentó en la nota elaborada el 7 de mayo de 2014 a las 19:40 horas, en la cual se precisa: “Se presenta con USG el cual reporta HMR de 10 semanas y debido a que en el turno nocturno no se cuenta con ginecólogo ni el día de mañana se decide su envío al Roviroso, manejo: Ampicilina 1 gr dosis inicial, SAG 5% 1000 ml para 8 hrs.

86. Según se desprende de la opinión médica emitida por un perito de este Organismo Nacional, en el resultado del ultrasonido practicado a V3 se observó que el producto no se encontraba viable cuando asistió al Hospital el 6 de mayo de 2014, puesto que presentaba un aborto en proceso; en ese sentido, al no recibir el tratamiento adecuado el mismo día, se le expuso a complicaciones como hemorragia, perforación uterina, restos retenidos del producto de la concepción, endometritis y aborto séptico.

87. En el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, V3 fue atendida por SP13, quien reportó sangrado transvaginal y cérvix central semiblando dehiscente a un dedo, siendo estas características de la evolución del aborto, por lo que se indicó su ingreso a sala de labor para su vigilancia y tratamiento, además de la realización de un ultrasonido en el cual se reportó como impresión diagnóstica: datos ecográficos en relación a embarazo anembrionario (falta de desarrollo en el embrión) de 8.4 semanas de gestación por longitud de saco gestacional, de lo cual se confirma que el 6 de mayo de 2014, el producto de la gestación ya no era viable, según se desprende de la Solicitud Única de Estudios de 7 de mayo de 2014, correspondiente al ultrasonido endovaginal practicado a V1.

C. Preceptos aplicables en materia de derecho a la protección de la salud.

88. Esta Comisión Nacional considera que las irregularidades detectadas configuran una serie de actuaciones que conectadas entre sí impidieron garantizar con efectividad a V1 y V3 el derecho a la protección de la salud materna. Dichas

conductas y omisiones descritas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.1.1, 5.1.2, 5.1.6 y 5.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la *“Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”*, que prevén que la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, así como el seguimiento médico adecuado en el embarazo y expone la necesidad de realizar una vigilancia estrecha en la prescripción y uso de medicamentos durante el embarazo, así como las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, además de brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.

89. Dicha Norma Mexicana publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1995 ha sido referida en las recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, y 29/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la aludida norma, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

90. De las observaciones descritas con anterioridad, esta Comisión Nacional precisa que en relación con el derecho a la protección de la salud materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 afirmó que *“el acceso a la atención a 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”*. Asimismo, el Comité enfatizó que el artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer.

91. De conformidad con el texto del artículo 12 de la aludida Convención, es deber de los Estados eliminar la discriminación en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular, en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

92. De igual manera, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la ya mencionada Recomendación General, observó que *“muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*. El Comité recalcó que es obligación de los Estados garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

93. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se ha pronunciado sobre la protección al derecho a la salud en la Recomendación General 15, del 23 de abril de 2009, destacando 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”*.

94. Lo anterior se robustece en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad política del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de 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”. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 23 de junio de 1981, reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable.

95. De igual forma, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos publicado el 7 de junio de 2010, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.

96. En razón de ello, este Organismo Constitucional considera que el personal médico del Hospital Comunitario de Nacajuca, y del Hospital General de Macuspana, ambos dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, involucrados en los casos que aquí se analizan, tenían la responsabilidad del deber de cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”, así como “II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que

establece que toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”.

97. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61 fracción I, 61 Bis, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 3, fracciones I y II, 4, apartado A, fracciones I y II; 12 apartado A, fracciones II y VI de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, así como las Normas Oficiales Mexicanas ya citadas.

98. Asimismo, el personal médico involucrado omitió observar los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el 10.1, 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999.

99. Cabe destacar que en ambos casos, la falta de personal e infraestructura necesaria tanto en el Hospital Comunitario de Nacajuca, como en el Hospital General de Macuspana coadyuvó en que no se otorgara una atención oportuna y de calidad a V1 y V3, quienes ingresaron a los nosocomios a través del Área de Urgencias, ya que no se contaba con los servicios necesarios para su tratamiento integral, lo que se traduce en una responsabilidad institucional, derivada de la inobservancia a lo previsto en los numerales 5.2, 7.5 y 7.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los Servicios de Salud. Que*

establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica”.

2. Derecho a conocer la verdad sobre la atención médica otorgada a V1 (Inadecuada integración del expediente clínico).

100. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, el hecho de que en las constancias médicas que integran el expediente clínico de V1, se detectaron diversas irregularidades, siendo el caso que a pesar de que obran recetas de 6 y 27 de enero de 2014, no se elaboraron notas médicas de la atención otorgada a V1 y tampoco se suscribió la nota de la valoración que se le practicó el 22 de abril de 2014, evidenciando un incumplimiento a lo que establecen los numerales 6, 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*.

101. A su vez, la nota médica de 14 de febrero de 2014, elaborada con motivo de la atención que proporcionó AR4 a V1 se encuentra ilegible, lo cual constituye una inobservancia a lo dispuesto en el numeral 5.11 de la mencionada norma. Tales irregularidades, son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

102. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en las recomendaciones 1/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 6/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 27/2012, 58/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014,

33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015 y 7/2015, 10/2015, 11/2015, 19/2015, 29/2015, 30/2015 y 32/2015, en las que se ha resaltado el deber de los prestadores de servicios médicos, de integrar adecuadamente los expedientes clínicos, no obstante ello, esta práctica se sigue dando.

103. Lo anterior resulta trascendente dado que el expediente clínico de un paciente contiene los antecedentes médicos, así como el historial inherente al diagnóstico emitido en cada caso y el tratamiento prescrito; por lo tanto, las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que esa Norma sea observada adecuadamente.

104. Cabe mencionar, que a este respecto la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador*, ha dicho que “*un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades*”.

3. Derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1 y V3.

105. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), esta Comisión Nacional advierte que la indebida atención al binomio materno-fetal en los casos de V1 y V3 se tradujo en violencia por parte de la institución de salud, específicamente configurando violencia obstétrica. En ese sentido, la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, prevé en los artículos 35 y 46, fracciones II, y X, la responsabilidad del Estado para “*la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia en contra de 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” .

106. Este Organismo Nacional advirtió que las conductas desplegadas por parte del personal médico adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca y al Hospital General de Macuspana, configuraron violencia obstétrica, de conformidad con lo previsto en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59 de su Reglamento que dispone que la Secretaría de Salud, en su calidad de Integrante del Sistema, tendrá las siguientes atribuciones: I. Establecer la política de salud en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres; II. Emitir normas, lineamientos e instrumentos de rectoría que garanticen la prestación de servicios de atención médica y psicológica para las mujeres víctimas de violencia; III. Diseñar el programa de capacitación y actualización del personal del sector salud que participe en la atención de las mujeres víctimas de violencia...”.

107. La violencia obstétrica es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Conforme a los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que 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 feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

108. La Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido normalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas autoritarias en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

109. En el caso de V1, el personal adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca, involucrado en los hechos omitió llevar una adecuada vigilancia y control materno-fetal, además de indicar los estudios necesarios para el control de los padecimientos que presentaba V1, ya que a pesar de que su embarazo fue catalogado como de alto riesgo debido al diagnóstico de diabetes gestacional, hipertensión y al tratarse de una mujer de 40 años de edad, se propició, al no haberse tomado las precauciones y medidas eficaces sobre el estado de salud de V1, que V2 presentara sufrimiento fetal, generándose la pérdida del producto de la gestación, ya que como se ha descrito en la presente Recomendación, la protección de la salud de la madre, se encuentra vinculada al adecuado desarrollo del producto, hasta la conclusión del embarazo.

110. Por otra parte, en el caso de V3, AR8 incurrió en conductas que constituyen violencia obstétrica al no indicar el ingreso de la paciente y la práctica del ultrasonido en el Hospital General de Macuspana, mismo que era necesario para determinar el seguimiento médico adecuado y oportuno de la patología que generó el cuadro hemorrágico que presentó V3.

111. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional encuentra que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 adscritos al Hospital Comunitario de Nacajuca, y AR7, médico adscrito al Hospital General de Macuspana, dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, son responsables por la violación al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1 y V3, 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”) Adoptada el 9 de junio de 1994, vigente para México desde el 19 de enero de 1999.

112. Este Organismo Nacional considera además que en el caso de V3, el trato que recibió por parte de AR7 no atendió a su condición de menor de edad, es decir, con apego a los principios rectores como son: el interés superior del niño, la inclusión, la universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, el acceso a una vida libre de violencia y la accesibilidad; por tal motivo, la autoridad responsable transgredió el artículo 4º, párrafo noveno constitucional; 1, fracciones I y II, 2, párrafos segundo y tercero, 5, 6, fracciones I, II, V, XIII y XIV, 13, fracciones VIII y IX, 46, 47, 50, 147 y 148, fracción II, todos de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes; 1, 6, 8, 22, 32, fracciones VII y IX de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Tabasco; artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y vigente en México a partir del 25 de enero de 1991; principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, vigente desde el 2 de septiembre de 1990; y, artículo 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”) del 22 de noviembre de 1969, y vigente en México a partir del 7 de mayo de 1981.

113. En ese contexto resulta importante destacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el “*Caso Furlán y Familiares vs. Argentina*”, sentencia de 31 de agosto de 2012, párrafo 126, resaltó que el interés superior del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos con pleno aprovechamiento de sus potencialidades.

114. En el mismo sentido, conviene observar que para asegurar en la mayor medida posible la prevalencia del interés superior del niño, el preámbulo de la

Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere “cuidados especiales”, y el artículo 19 de la Convención Americana señala que debe recibir medidas especiales de protección (...). En este sentido, es preciso ponderar, no sólo el requerimiento de medidas especiales, sino también las características particulares de la situación en la que se hallen el niño o la niña, como la que sucedió con V3 al encontrarse en estado de gravedad.

115. El Tribunal Interamericano, en la Opinión Consultiva “OC-17/2002” de 28 de agosto de 2002, párrafos 59 y 78, en relación con el interés superior del niño consideró: *“A este criterio han de ceñirse las acciones del Estado y de la sociedad en lo que respecta a la protección de los niños y a la promoción y preservación de sus derechos”*, lo cual implica que las instituciones estén *“debidamente calificadas para ello, que dispongan de personal adecuado, instalaciones suficientes, medios idóneos y experiencia probada en este género de tareas”*, aspectos que en el presente caso no fueron considerados adecuadamente, al no existir personal capacitado e infraestructura que permitiera a V3 recibir una atención de calidad conforme al estado que guardaba su salud.

4. Pérdida del producto de la gestación (V2).

116. Este Órgano Constitucional infiere que la protección a la salud de V1 se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo de V2 hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada al acceso al derecho a la salud, al trato digno e integridad personal, y a una vida libre de violencia, se garantizaría la viabilidad de V2. Lo anterior, en el entendido de que la defensa jurídica del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer.

117. Dicha interconexión, se encuentra latente en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del niño, aprobada por la Asamblea

General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y vigente en México a partir del 25 de enero de 1991, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

118. Al existir esta interrelación, el personal médico debió observar una serie de procedimientos previstos en la NOM-007-SSA2-1993 para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo, lo cual en el caso de V1 y V2 no aconteció.

119. Ahora bien, en esa misma interrelación entre los derechos de V1 y V2, esta Comisión Nacional encuentra que al haberse conculcado los derechos a la protección a la salud materna y a vivir a una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1, debido a la inadecuada atención médica otorgada por el personal adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca, Tabasco, se suscitó la pérdida del producto de la gestación V2.

120. Al respecto, de las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional se advirtió que estos derechos fueron vulnerados al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud que presentaba, ya que la actuación de los médicos involucrados provocaron la violación de los derechos humanos a la protección a la salud del binomio materno-fetal, lo que ocasionó la pérdida del producto de la gestación V2.

5. Responsabilidad

A. Sobre el caso de V1 (Expediente CNDH/4/2014/3220/Q)

121. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, en la consulta del 11 de febrero de 2014, AR3 no indicó a V1 diversos estudios previstos en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 y el 5 de marzo de 2014, omitió catalogarla como embarazo de alto riesgo.

122. En la consulta del 18 de marzo de 2014, AR4 prescribió a V1 el medicamento denominado Betametasona, sin atender a lo que prevé la norma antes referida; a su vez omitió indicar una vigilancia materno-fetal estrecha y los controles clínicos necesarios para el adecuado seguimiento del embarazo de V1.

123. El 25 de marzo de 2014, AR5 no la canalizó al servicio de Ginecología y Obstetricia a pesar de haberla catalogado con Diabetes Mellitus 2, para normar un control de su embarazo, ni indicó la toma de hemoglobina glucosilada a fin de llevar un control del padecimiento de V1.

124. El 25 de abril de 2014, AR6 no indicó la toma de hemoglobina glucosilada a fin de llevar un control del padecimiento de V1, ni la canalizó al servicio de Ginecología y Obstetricia a pesar de que esta refirió presentar dolor en el útero.

125. El 29 de abril de 2014, AR1 no cumplió con sus funciones de supervisión del personal adscrito al Hospital Comunitario de Nacajuca para la atención oportuna de V1 y AR2 omitió indicar la determinación de glucosa y hemoglobina glucosilada para valorar el estado de V1 y determinar su ingreso; en la misma fecha AR3 no la ingresó al Hospital Comunitario de Nacajuca para la toma de estudios y valoración materno-fetal a pesar de existir un indicativo de que V2 experimentaba un grado de sufrimiento fetal, aunado a que V1 se encontraba en un embarazo a término.

B. Sobre el caso de V3 (Expediente CNDH/4/2014/3221/Q)

126. En el caso de V3, el 6 de mayo de 2014, AR7 diagnosticó un aborto en evolución, pero omitió indicarle la práctica de un ultrasonido obstétrico para confirmar tal determinación y normar un seguimiento adecuado y oportuno; asimismo, omitió indicar el ingreso hospitalario de V3 para descartar los posibles diagnósticos diferenciales.

127. Aunado a ello, a pesar de contar con tiempo suficiente en el horario de servicio de ultrasonido para ordenar la práctica del mismo dentro del nosocomio, este no se llevó a cabo, por lo que al indicar a V3 que saliera del hospital, AR7 la expuso a que presentara un cuadro hemorrágico derivado de la evolución del aborto ya que no se había valorado el estado de la patología mediante el estudio de imagen, arriesgando su salud de manera innecesaria.

128. En ese orden, este Organismo Constitucional Autónomo acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, incurriendo con ello en la inobservancia a las obligaciones contenidas en el artículo 47, fracciones IV, V y XXIII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos de Tabasco, que conminan a los servidores públicos a cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión.

129. En suma, esta Comisión Nacional concluye con respecto a los hechos y medios de convicción que integran este procedimiento, que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del Hospital Comunitario de Nacajuca, y AR7, médico adscrito al Hospital General de Macuspana dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, son responsables por la violación de los derechos humanos que han sido precisados en el cuerpo de esta Recomendación.

130. Ahora bien, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estado Unidos

Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo del Estado de Tabasco, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que motivaron el presente pronunciamiento.

6. Reparación integral del daño

131. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano, para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero además el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevén la posibilidad de que 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.

132. En ese contexto, conforme a lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, adoptados por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de

2005, así como en los diversos criterios sostenidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se advierte que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

133. Resulta aplicable en la especie la sentencia del “Caso Espinoza González, vs. Perú”, de 20 de noviembre de 2014, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyos numerales 300 y 301 refiere que “toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, y también estableció que “las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”

134. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V1 y a V3.

135. Es preciso advertir que desde el 13 de enero de 2013, un Diputado local presentó al Congreso del Estado de Tabasco, la iniciativa de Decreto para expedir la Ley de Atención, Apoyo y Protección a las Víctimas u Ofendidos del Delito en el Estado de Tabasco, sin que a la fecha se haya expedido; de manera que, como

parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, deberá hacer uso de la facultad que le confieren los artículos 33, fracción I, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 72, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Legislativo de esa entidad federativa, para que presente al Congreso del Estado, la iniciativa de ley para la atención a víctimas, a efecto de contar con un Registro Estatal y un Fondo para la Atención y Apoyo a Víctimas.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Tabasco, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1 y a V3 con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital Comunitario de Nacajuca, así como del Hospital General de Macuspana, involucrado en los hechos, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica a V1 en el Hospital Comunitario de Nacajuca y a V3 en el Hospital General de Macuspana, o en algún otro Centro de Atención Médica dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de Tabasco, así como atención psicológica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez, que permitan a la víctima restablecer su salud física y emocional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan, en clínicas, hospitales y centros de salud de las Jurisdicciones Sanitarias de Nacajuca, y Macuspana, Tabasco, cursos y/o talleres integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, enfocados a evitar y prevenir la violencia obstétrica, así como del conocimiento,

manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, NOM-007-SSA2-1993 y *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*. Dichos cursos y/o talleres deberán ser impartidos con perspectiva de género, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento. En relación a lo anterior, se deberá remitir a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emitan circulares dirigidas al personal médico de las Jurisdicciones Sanitarias de Nacajuca y Macuspana, Tabasco, en la que se les solicite entregar copia de la certificación y recertificación que hayan tramitado ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y, se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos que prestan sus servicios en las clínicas, hospitales y centros de salud de las Jurisdicciones Sanitarias de Nacajuca y Macuspana en el Estado de Tabasco, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que tanto el Hospital Comunitario de Nacajuca como el Hospital General de Macuspana, sean dotados

con personal capacitado y suficiente para atender de manera eficaz, con calidad y oportunidad, los requerimientos de atención y servicios médicos en las diversas áreas los conforman, que deberán incluir el servicio de ultrasonido las 24 horas del día, los 365 días del año.

SÉPTIMA. En uso de la facultad que le confieren los artículos 33, fracción I, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 72, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Legislativo de esa entidad federativa, presente al Congreso del Estado, la iniciativa de ley para la atención a víctimas, a efecto de contar con un Registro Estatal y un Fondo para la Atención y Apoyo a Víctimas; remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Gire instrucciones a fin de que se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar el procedimiento de responsabilidad ante la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo del Estado de Tabasco, en virtud de las consideraciones vertidas en esta recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

NOVENA. Participe ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo, en el seguimiento e inscripción de V1 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

141. 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.

142. 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.

143. 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 la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

144. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, 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

LICENCIADO LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ