

GACETA DE DERECHOS HUMANOS




Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Caudillo del Sur"



COMISIÓN DE
DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE MÉXICO

SUMARIO

-  **Recomendación 1/2019, emitida al Secretario de Salud del Estado de México.**
-  **Recomendación 2/2019, emitida a la Directora General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.**
-  **Recomendación 3/2019, emitida a la Directora General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.**

Año XIV Número 212 27 de marzo de 2019

Dr. Nicolás San Juan 113, Colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca,
Estado de México.

RECOMENDACIÓN 1/2019¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/CHA/234/2018** y acumulados, esta Comisión procedió al análisis de las quejas, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos,² sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El siete de mayo de dos mil dieciocho se recibió la queja escrita presentada por **V1**, en la cual dio a conocer que el tres de julio de dos mil diecisiete, cursando su segundo embarazo, con cuarenta y una semanas de gestación, aproximadamente a las doce treinta horas, en compañía de su esposo y su hermana acudió al Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, donde recibió una inadecuada atención y por carencia de personal (no había anesthesiólogo) debió ser trasladada al Hospital Materno Infantil Chalco “Josefa Ortiz de Domínguez”, establecimiento al que llegó alrededor de las once de la noche del mismo tres de julio, recibiendo atención inmediata en sala de expulsión. En dicho nosocomio los médicos le informaron que su hijo iba muy mal desde el Hospital de Tepetlixpa, que había tragado líquido amniótico y le habían encontrado marcas en la cabeza. El cuatro de julio la quejosa fue informada de que su hijo había fallecido. Un día después solicitó su alta voluntaria porque no quería continuar allí debido a lo que ocurrió. En su escrito, la agraviada manifestó encontrarse sumamente afectada psicológica y emocionalmente por lo ocurrido, dada la deficiente atención médica recibida y que derivó en la muerte de su hijo, además de que hasta ese momento tanto ella como su esposo no tenían claro qué causó las complicaciones de su parto y el fallecimiento de su hijo.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley a la Secretaría de Salud, además de requerir de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), una opinión médica. Se recabaron las comparecencias de la quejosa y de los servidores públicos relacionados. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

¹ Emitida al Secretario de Salud del Estado de México, el 22 de marzo de 2019, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica en perjuicio de **V1** y **V2**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 44 fojas.

² Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.

Una de las mayores preocupaciones de los seres humanos a lo largo de su existencia, es tener bienestar que les permita ejercer todas sus funciones y desarrollarse de acuerdo con sus aptitudes y capacidades. La salud es un bien elemental y preciado que hace posible vivir en condiciones de dignidad.

Gozar de salud, permite el ejercicio de los derechos humanos. Para la vigencia sociológica de los atributos o facultades que corresponden a todas las personas, es necesario contar con cierto grado de salud física y mental, elemento indispensable, generador de bienestar que permite tomar parte en la vida económica, social, política y cultural de la comunidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades”. En ese sentido, “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.³

La propia OMS ha evidenciado que la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones sociales y culturales, y en sinergia con ellas, es componente fundamental de bienestar social.⁴ Si en la vida de las personas y las naciones no hay salud, las posibilidades de alcanzar un desarrollo integral son escasas.⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. Asimismo, el derecho a la salud fue consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Dada su relevancia, el derecho a la salud se encuentra en por lo menos un tratado ratificado por todo país y los Estados han adquirido el compromiso de protegerlo al tomar parte en el derecho internacional de los derechos humanos.

A todo ser humano corresponde la facultad de que se le garanticen las condiciones necesarias para conseguir su bienestar físico, mental y social, mediante bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.⁶

³La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. OMS. *Documentos básicos, suplemento de la 45 edición, octubre de 2006*, tomado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (consultado el 7 de enero de 2019).

⁴ Ídem.

⁵ Cfr. Moctezuma Barragán, Gonzalo, “Derecho a la protección de la salud y derechos humanos” en *CONAMED. Revista CONAMED*, Vol. 10, núm. 1, enero-marzo de 2005, pp. 11-15.

⁶ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 217.

El derecho a la salud o a la protección de la salud, dada su naturaleza de atributo inclusivo, es un bien vital que implica una gama de libertades y derechos, comprende un conjunto de factores que dan lugar a una vida sana, entre los que se hallan: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda apropiadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; además de igualdad de género.⁷

Asimismo, el derecho en cuestión incluye algunas libertades, tales como el derecho a dar consentimiento para recibir tratamiento médico, así como a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁸

De la misma forma, nuestro derecho a la salud comprende varios derechos más, como en los casos de las prerrogativas a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; a la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; de la misma forma que la salud materna, infantil y reproductiva.⁹

Por otra parte, resulta pertinente facilitar servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Además, todos esos servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.¹⁰

En términos de *disponibilidad*, el Estado se encuentra obligado a ofrecer establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente. La *accesibilidad* se refiere al alcance físico y económico de los establecimientos, bienes y servicios de salud para todos. La *aceptabilidad* se sustenta en la ética médica que fundamenta los servicios de salud, debiendo ser culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida para el respeto de la confidencialidad y lograr la mejora del estado de salud de las personas. Por último, la *calidad* apunta a que desde la perspectiva médica y científica, se debe tener personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado, además de garantizar condiciones sanitarias adecuadas.¹¹

Los Estados se encuentran comprometidos a proteger y promover el derecho a la salud, en tanto derecho fundamental, de conformidad con las exigencias definidas en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho consuetudinario a ese plano, en virtud de las obligaciones contraídas a raíz de las firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales por ellos realizadas.

⁷ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. *El derecho a la salud*, folleto informativo N° 31, Ginebra, ONU, 2008, p. 3 y ss.

⁸ Ídem.

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observación General número 14.

Al respecto, las obligaciones estatales se dividen en tres categorías, *de respetar, de proteger y de realizar*. La obligación de respetar, alude a la abstención del Estado para interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud, mientras la exigencia de proteger refiere la tutela para evitar obstáculos o afectaciones en el goce del derecho, en tanto que el deber de realizar implica la adopción de toda índole de medidas (legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción, entre otras) para la materialización cabal del derecho a la salud.¹²

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo primero párrafo tercero, la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos del marco legal. Además, el mismo numeral de la Carta Magna, en su párrafo quinto, prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Algunos grupos sociales, verbigracia niños y mujeres, enfrentan obstáculos específicos en relación con el derecho a la protección de la salud, debidos a factores biológicos, socioeconómicos, de discriminación y estigma social, frecuentemente combinados entre sí. Esa es la razón por la cual los Estados tienen la obligación de adoptar medidas a fin de evitar discriminación e injusticia hacia ellos.¹³

La capacidad de la mujer para ser madre debe ser tutelada por todos los medios posibles al alcance del Estado, como un derecho reconocido de manera específica que deviene de la esencia de su ser, y un deber primordial a cargo de la autoridad, que con ello ampara la trascendente posibilidad de dar vida.

La legislación vigente en nuestro país y entidad federativa contribuye a la materialización de los derechos de las mujeres, en cuyo contexto debe proporcionarse protección especial a las embarazadas con necesidades de atención médica; empero, poca utilidad tiene un sistema de normas si no es capaz de garantizar su materialización en los hechos, con el propósito de que las mujeres accedan a los servicios de salud oportunamente y de acuerdo a sus condiciones particulares; adicionalmente, a que se les otorgue la atención profesional y diligente que requieran, lo que por otra parte, es indispensable para erradicar cualquier acto de discriminación o violencia contra ellas, entendida la violencia como maltrato físico o psicológico en el ámbito hospitalario.

El artículo 61 de la Ley General de Salud reconoce la condición de vulnerabilidad en que se encuentran la mujer y *el producto de la concepción*, por ello, ordena priorizar la atención materno-infantil, que comprende acciones de atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que

¹² Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. Op. cit., nota 22.

¹³ Ídem.

requieran; lo que se robustece con lo establecido por el artículo 61 Bis del mismo ordenamiento, el cual determina que la mujer embarazada debe obtener servicios de salud con respeto a sus derechos humanos.

Lo anterior, en armonía con el artículo 4º de la Constitución General de la República, que en una interpretación sistémica con la disposición contenida en su artículo 1º, permite que las mujeres embarazadas disfruten de la garantía del Estado para proveerles de servicios médicos adecuados y oportunos, de acuerdo a sus necesidades, con respeto a sus derechos humanos y la confianza en su calidad como obligación ineludible de la autoridad.

Disposiciones constitucionales congruentes con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer (también conocida como Convención de Belém Do Pará), cuyo artículo 1, previene que deberá entenderse por violencia contra la mujer, cualquier acción o conducta, basada en su género, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado, mientras que el artículo 2 reconoce como tal, aquella que tenga lugar en establecimientos de salud, sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.

A continuación, se lleva a cabo un análisis lógico jurídico de las evidencias que obran en el expediente de queja, en contraste con los derechos humanos siguientes:

II. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.¹⁴

Todo tratamiento, intervención quirúrgica o exámenes para efectos de diagnóstico o investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación que realiza un médico general o especializado en alguna rama de la ciencia médica se denomina acto médico.¹⁵

Dada su relevancia e implicaciones, el acto médico sólo puede ser materializado por profesionales de la medicina que tengan título académico o sean especialistas en determinada rama médica, esas son las condiciones que garantizan los conocimientos y las aptitudes de los médicos ante el Estado, y tal es el presupuesto que origina su responsabilidad legal.¹⁶

Desde la perspectiva jurídica, el acto médico se conforma por la capacidad profesional del médico, la ejecución típica y la *lex artis*.¹⁷

¹⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

¹⁵ Alfredo Achával citado por Ríos Ruiz, María de los Ángeles y Fuente del Campo, Antonio en “El arbitraje en la praxis médica, análisis y perspectivas de nuevos mecanismos para la solución de controversias” (capítulo 1) de *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Compendio*, México, CNDH, 2017.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*, la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, por supuesto, sin la garantía de la curación del paciente.¹⁸

La Suprema Corte de Justicia de la Nación define a la *lex artis* como:

[...] el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la *lex artis*, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.¹⁹

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.²⁰

Todo servicio médico prestado a los pacientes debe ser documentado en forma escrita por los profesionales de la salud. El expediente clínico permite observar la actuación de los servidores sanitarios, es allí donde se evidencia y demuestra tanto la intervención prudente y con diligencia, como lo contrario.

Cuando se contravienen u omiten los principios de la *lex artis*, la deontología médica o las normas jurídicas del ejercicio profesional, se incurre en mala práctica de la medicina. Una de las especies de la mala práctica reconocidas en el derecho mexicano es la negligencia, por la cual todo profesional de la salud debe responder ante la ley, en razón del daño que resulte de su actividad profesional.

La negligencia médica es una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

¹⁸ Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

¹⁹ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

²⁰ Ídem.

Con sustento, en el conjunto de evidencias reunidas en el expediente del asunto, se determinó que la quejosa (**V1**) acudió el tres de julio de dos mil diecisiete al Hospital Municipal de Tepetlixpa, con un embarazo de término, se le realizó Triage²¹ a las trece horas, clasificándose como rojo por presentar actividad uterina, además de presión arterial de 130/90 milímetros de mercurio. **V1** fue valorada por el médico del servicio de urgencias (**SP1**) quien después de realizar la exploración física decidió su ingreso al nosocomio. Se indicaron soluciones intravenosas, toma de cifras de tensión arterial cada veinte minutos, además de solicitar perfil preeclámpico.²²

Tres horas después de su ingreso al hospital; es decir, a las dieciséis horas del mismo día, **V1** fue valorada por **SP2** del servicio de ginecoobstetricia, a cuya revisión la agraviada presentó siete centímetros de dilatación, dejándola a evolución espontánea de trabajo de parto, lo cual fue considerado aceptable por la CCAMEM en su dictamen, de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida.

SP2 reportó, entre otras cuestiones, el resultado de estudios de laboratorio dentro de límites normales y corroboró el diagnóstico de hipertensión gestacional, efectuó partograma²³ y continuó vigilancia; sin embargo, durante las cuatro horas con veinticinco minutos que **V1** estuvo en trabajo de parto, sólo se documentaron en el partograma, cuatro revisiones, sin observarse lo que dispone la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida, así como la guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. (México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014).²⁴

El gineco obstetra **SPR** realizó valoración a las veinte horas con veinticinco minutos encontrando frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, así como dilatación y borramiento completos, con membranas rotas por amniorexis²⁵ efectuada por médico general a las diecinueve horas con cuarenta minutos; esto

²¹ Selección y clasificación de los enfermos, heridos o lesionados para asignar prioridad de atención médica y de enfermería. Cfr. UN Panda. *Diccionario Médico Conciso y de bolsillo*, segunda edición, Panamá, Jaypee-Highlights Medical Publishers.

²² La preeclampsia es la toxemia (circulación de toxinas en el cuerpo) del embarazo con albuminuria (presencia de proteínas en orina principalmente albúmina, usualmente indica enfermedad pero algunas veces resulta de una disfunción temporal o transitoria), hipertensión y edema (acumulación excesiva de agua en los tejidos). Cfr. Ídem.

²³ Recogida en una gráfica de los parámetros del parto, como las contracciones uterinas (intensidad, frecuencia y duración de las mismas), la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación cervical y la altura de la presentación fetal en la pelvis. La recogida de esos cuatro parámetros en un gráfico constituye el partograma. Clínica Universidad de Navarra, Diccionario médico, consultado en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/partograma>.

²⁴ “[...] La guía de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal (con Pinard, monitor o doptone) en embarazos de bajo riesgo, con posterioridad a la contracción uterina, cada treinta minutos. Asimismo, en la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre treinta a sesenta minutos máximo. Por lo menos cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo. El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales”.

²⁵ Es la ruptura espontánea o manual de la bolsa del líquido amniótico en la que se encuentra el feto. Cfr. Botella Llusá, José y Clavero Núñez, José A., *Tratado de ginecología*, 14 edición, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1993, p. 247 y ss.

es, cuarenta y cinco minutos antes, con pérdida de líquido meconial dos cruces, razón por la que **SPR** determinó continuar vigilancia del período expulsivo en el cual se encontraba el trabajo de parto, esto de acuerdo con la práctica obstétrica en vigor.

Entonces, los familiares presentes fueron informados del riesgo de no contar en ese turno con médico anesthesiólogo, pues **SPR** no descartaba la probabilidad de la interrupción vía abdominal o el envío a unidad de apoyo.

V1 fue llevada a sala de expulsión a las veinte horas con cuarenta y cinco minutos, donde se intentó resolución vía vaginal, sin que **SPR** mencionase en su nota la aplicación de la maniobra de Kristeller y la episiotomía, como sí lo hicieron la agraviada en sus escritos, así como las enfermeras **SP4**, **SP5** y **SP6** en su “hoja quirúrgica” de tres de julio de dos mil diecisiete, además de la manifestación de **SP6** durante su comparecencia ante este Organismo.

La maniobra de Kristeller se lleva a cabo mediante la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, sin que la fuerza pueda cuantificarse, por lo que resulta poco precisa y es muy riesgosa. Hoy en día no se contempla en los tratados de obstetricia pues debido a su elevado índice de complicaciones tanto para la madre como para el feto, está proscrita en la atención del parto. En el caso de la madre, los problemas que origina pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno. Las complicaciones que puede generar en el feto son: fractura de húmero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal, aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto (de relevancia en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral).²⁶

Haber efectuado la maniobra y la episiotomía incrementó los riesgos para la madre y el feto, toda vez que la maniobra de Kristeller está proscrita de la práctica médica actual por los riesgos que supone y los daños que puede originar, prohibición expresa que hace la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Por su parte, la guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo señala que la episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal, además de que antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada, asimismo enfatiza que por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

²⁶ Mateos Rodríguez, Marta. *Maniobra de Kristeller, una técnica arriesgada; enfermería maternal y cuidados en el neonato*, Universidad de León, 2012.

De manera que **SPR** empleó la episiotomía y la maniobra de Kristeller para favorecer el descenso de **V2** sin éxito, por lo que una hora después del inicio del segundo período de trabajo de parto determinó que se trataba ya de un expulsivo prolongado, momento en que pidió a directivos del hospital, respaldo para conseguir médico anesthesiólogo o enviar a **V1** a otro hospital de apoyo.²⁷

Al respecto, resulta ilustrativo lo expresado por la CCAEM en su dictamen,²⁸ al señalar que si ya se habían presentado problemas para la “extracción del producto” y eso había dado lugar a la episiotomía y a la maniobra de Kristeller, era necesario que **SPR** pidiera apoyo a los directivos de manera oportuna, no hasta que se hubiera cumplido con el tiempo establecido por la literatura médica vigente de una hora para determinar que era un expulsivo prolongado, en razón de que no había médico anesthesiólogo, charola de cesárea y compresas.

Asimismo, aunque no existe prueba de que se vigilara la frecuencia cardíaca fetal en el partograma,²⁹ la “hoja quirúrgica” de enfermería da cuenta de su seguimiento en siete ocasiones, entre las veinte horas con treinta minutos y las veintidós horas con veinte minutos, sin presentar alteraciones, vale acotar que el traslado se efectuó a las veintidós horas con diez minutos, esto es, veinticinco minutos después del diagnóstico de expulsivo prolongado.

V1 fue aceptada³⁰ en el Hospital Materno Infantil de Chalco “Josefa Ortiz de Domínguez”, al que se le transportó en ambulancia. La paciente llegó al servicio de urgencias del nosocomio de Chalco a las veintitrés horas con once minutos, es decir, poco más de una hora después de su salida del primer hospital, con diagnósticos de embarazo de cuarenta punto seis semanas por amenorrea, en trabajo de parto en período expulsivo prolongado. La hoja de referencia señala que el feto se hallaba en variedad posición occipito transverso izquierdo,³¹ llegó hemodinámicamente estable por signos vitales y con frecuencia cardíaca dentro de límites normales.

La quejosa y agraviada (**V1**) ingresó a la Unidad Tocoquirúrgica a las veintitrés horas con treinta y cinco minutos, donde la revisó **SP24** quien determinó pasarla a sala de labor por encontrarse en período expulsivo y el feto en el tercer plano de Hodge.³² **SP24** informó a los familiares de la paciente de riesgos tales como hemorragia obstétrica, hipoxia perinatal, incluso de la muerte materna y fetal.

A las veintitrés horas con treinta y seis minutos “se obtuvo” a **V2** con peso de tres mil quinientos gramos, se le calificó en la escala de Apgar 1-2, **circular de cordón apretada**, meconio tres cruces, cefalohematoma, capurro de 41 semanas. **Fue**

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

²⁹ Ídem.

³⁰ Ídem.

³¹ El occipucio del feto se encuentra orientado al lado izquierdo de la madre y la cara mira al lado derecho.

³² Es una forma de dividir el estrecho superior de la pelvis materna, del inferior. Sirve para evaluar el descenso de la cabeza fetal durante la fase expulsiva del trabajo de parto. Los planos de Hodge son cuatro y unen puntos anatómicos trazando líneas rectas con base en el ecuador de la presentación fetal. El tercero es una línea paralela que pasa por las espinas ilíacas, corta al isquion y la tercera vértebra sacra. Cfr. Bonilla-Musoles, F. y Pellicer, A. *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas*, Madrid, Médica Panamericana, 2007, p. 160 y ss.

ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con diagnóstico de asfixia perinatal severa, lo cual de acuerdo con el dictamen de la CCAMEM, era de esperarse por el tiempo de duración del período expulsivo, de alrededor de tres horas.

V2 fue atendido por el pediatra **SP9** quien lo encontró en paro cardiorrespiratorio, con circular de cordón apretado a cuello y bañado en meconio, una calificación en la escala de Apgar de 1 durante el primer minuto, mientras que a los cinco minutos, 2, de manera que tuvo necesidad de realizar maniobras avanzadas de reanimación, restableciéndose frecuencia cardíaca mayor de cien latidos por minuto. De la misma forma, le fue colocada cánula endotraqueal para mantener la vía aérea permeable, le dieron dos ciclos de presión positiva, realizándole laringoscopia directa con aspiración de abundante material meconial, razón por la cual le practicaron lavados y aspiración selectiva. Como resultado de las maniobras se pudo establecer frecuencia cardíaca pero no respiratoria, por lo que **V2** necesitó apoyo mecánico ventilatorio.

Ante las condiciones clínicas en que se encontraba **V2**, fue ingresado a la UCIN. Cabe señalar que los servidores públicos (**SP9** y **SP10**) que atendieron el parto hicieron mención de “lesiones asociadas a la vía del parto” pero en ningún momento las describieron.

El cuatro de julio de dos mil diecisiete a las dieciséis horas, la neonatóloga **SP26** verificó que **V2** presentaba datos clínicos de muerte cerebral, iniciándose protocolo para corroborarlo. Se realizó electroencefalograma que marcó trazo isoelectrico, confirmándose el diagnóstico de muerte cerebral. A las diecisiete horas con cuatro minutos **V2** continuó con bradicardia y presentó paro cardiorrespiratorio, lo que motivó la realización de maniobras avanzadas de reanimación, sin respuesta. La hora de defunción determinada fue dieciséis horas y **la causa de la muerte, asfixia perinatal severa.**

En cuanto a **V1**, durante dos días se efectuó vigilancia de puerperio. La agraviada fue dada de alta por mejoría el cinco de julio de dos mil diecisiete, recetándole antibiótico y analgésico, con cita abierta a urgencias.

Por lo antes planteado, incurrió en mala práctica médica el ginecólogo y obstetra **SPR**, en razón de que para favorecer el nacimiento de **V2** aplicó la maniobra de Kristeller, acción proscrita en la práctica médica, dados sus elevados riesgos y complicaciones para madre y feto. Además, porque no fue oportuna su decisión de solicitar el apoyo de las autoridades del Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, pues aun cuando no se contaba con instrumental quirúrgico para cesárea, compresas y haber tenido conocimiento de los problemas “para la extracción” de **V2**, negligentemente “esperó hasta que se cumplió la hora que marca la literatura médica vigente” para establecer que se trataba de un expulsivo prolongado y fue hasta ese momento en que pidió ayuda, aun sabiendo que en caso de requerirse no era factible interrumpir el embarazo por cesárea toda vez que se carecía de anestesiólogo, eso dio como resultado que el período expulsivo se extendiera aproximadamente por tres horas y que el recién nacido presentara asfixia severa, lo que motivó su fallecimiento.

Resulta pertinente señalar que **el personal médico del Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana” incumplió con lo establecido por la NOM-007-SSA-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida**, en virtud de que **no realizó un seguimiento adecuado en el partograma**. Asimismo, la normatividad dispone que en caso de que la madre requiera ser llevada a un establecimiento que proporcione mayor capacidad resolutive, se deberá valorar su **traslado oportuno y seguro**, lo cual no fue atendido. Adicionalmente, **se aplicó una maniobra proscrita durante el período expulsivo**, lo que acrecentó los riesgos para la madre y su hijo. De igual manera, en el presente caso se evidenciaron las **carencias de equipo médico** que presentó el Hospital Municipal de Tepetlixpa el día de los hechos, incumpliendo con lo dictado por la norma antes citada, que establece que:

[...] los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo [...]

De modo que, tal como expresa la CCAMEM, si el hospital del caso materia del presente documento de Recomendación carecía de equipo médico completo, **debió enviar oportunamente a la paciente a otra unidad hospitalaria** donde se tuvieran elementos suficientes para atenderla.

Además, en el caso de **V2 se careció de un diagnóstico que detectara la presencia de circular de cordón umbilical**, lo que le originó sufrimiento fetal y posteriormente la asfisia fetal severa que derivó en su fallecimiento.

Las víctimas en el presente asunto recibieron una atención médica que distó de ser diligente e integral, alejándose de parámetros globales accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en términos del debido cuidado que las instituciones públicas deben brindar a sus usuarios conforme a los medios de que disponen; determinable a través de la infraestructura creada, los recursos materiales destinados, el presupuesto asignado, y por los recursos humanos con que cuentan para prestar sus servicios, pero también por la capacidad y la preparación de sus servidores públicos, lo que es fundamental para establecer si las dependencias cumplen con su función e inciden favorablemente en la vigencia de los derechos humanos de las personas.

Cabe acotar que durante 2016, esta Defensoría de Habitantes emitió la pública **19/2016** a la Dirección General del Instituto de Salud del Estado de México, en cuyo texto, con base en dictamen de la CCAMEM se evidenció la proscripción de la maniobra de Kristeller en la práctica médica actual.³³ Además, en el transcurso de dos mil dieciocho, este Organismo emitió la Recomendación **7/2018**,³⁴ también

³³ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el veintinueve de agosto de dos mil dieciséis por violación a los derechos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, a una atención médica libre de negligencia, a recibir un trato digno y respetuoso, a otorgar el consentimiento válidamente informado y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

³⁴ Emitida al Secretario de Salud del Estado de México, el 16 de agosto de 2018, sobre el caso de la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica. Dentro del punto recomendatorio sexto de la referida pública se recomendó

relacionada con la aplicación de la maniobra de Kristeller en un nosocomio de la Secretaría de Salud de la entidad, hechos lamentables que dieron lugar al fallecimiento de un recién nacido.

Para el ombudsman estatal es de la mayor preocupación que pueda continuar empleándose en las instituciones de salud de la entidad, una maniobra extremadamente riesgosa para la integridad y la vida del binomio madre feto.

Con soporte en la evidencia objetiva reunida durante la documentación del expediente del asunto, se pudo corroborar sin duda que **SPR** incurrió en negligencia médica en perjuicio de **V1** y **V2**, dado que como profesional de la salud no recurrió a todos los medios y recursos a su disposición para otorgar una atención adecuada a las víctimas, y con ello garantizar su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se acredita con lo expuesto en líneas previas, concluyéndose la existencia de prácticas negligentes por parte del ginecoobstetra **SPR**, en la atención de **V1** y **V2**.

Las acciones y omisiones cometidas por el profesional de la salud del caso, traducidas en negligencia médica, contravinieron el respeto y la garantía de los derechos humanos del feto y su madre, atentando contra el derecho a la protección de la salud, e incidiendo directamente en sus derechos a la vida e integridad.

La vida ha sido considerada por parte importante de la doctrina como el mayor bien de que goza el ser humano: “la vida tiene un valor previo y superior a todo el sistema constitucional de derechos. Es realmente el presupuesto o soporte físico, ontológico, de todos los derechos.” Por eso resulta injustificable que debido a la mala práctica médica se vulnere el contenido esencial del bien vida, que es el que siga habiéndola, coartándose el derecho a la existencia de **V2**, cifrado en *poder seguir viviendo sin que nadie lo impida*.³⁵

La Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene la fundamentalidad del derecho a la vida en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante Convención Americana), por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de ello, los Estados tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la

emitir un instrumento administrativo para dar a conocer en todas las instituciones que conforman la Secretaría de Salud, que por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en los riesgos tanto para la madre como para el feto, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller en la práctica médica, a efecto de que sea observada.

³⁵ Cfr. Alegre Martínez, Miguel Ángel y Mago Bendahán, Óscar. *Derechos de la personalidad y derechos de los daños morales. Una visión de derecho comparado desde la transdisciplinariedad y el Derecho Constitucional*, Caracas, Paredes editores, 2007.

creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.³⁶

La obligación negativa que tiene el Estado del respeto al derecho a la vida y a la integridad personal tiene su envés en la obligación positiva de adoptar todas las medidas necesarias para garantizarlos, de conformidad con su deber general estipulado en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

Con su proceder negligente, materializado en la suma de omisiones y acciones inadecuadas, **SPR** vulneró en perjuicio de **V1** y **V2**, el derecho fundamental a la protección de la salud, que originó violaciones a varios derechos humanos al ser complementarios e interdependientes entre sí; como el derecho a la vida, consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana; el derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana; el derecho a un nivel de vida adecuado que les asegurara la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica, tanto como el derecho de la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especiales, contemplados en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, consagrado en el numeral XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el derecho a la atención médica de buena calidad, establecido en el principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la protección de la vida prenatal en términos del artículo 4 de la Convención Americana con los alcances e interpretación establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos;³⁷ tanto como el derecho a la salud reproductiva³⁸ y el propio derecho a la salud consagrado en el precepto 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

III. DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

DERECHO DE TODA MUJER A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EVITANDO TODA CONDUCTA, POR ACCIÓN U OMISIÓN, QUE AFECTE SU INTEGRIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA, EXPRESADA EN UN TRATO DESHUMANIZADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.³⁹

³⁶ Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144. Cfr. también: Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78, y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay, supra nota 21, párrs. 186 y 187.

³⁷ Cfr. con la sentencia del caso Artavia Murillo vs. Costa Rica de noviembre de 2012.

³⁸ Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación N° 14 *Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4.

³⁹ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

La mujer tiene el derecho de recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo cual comprende el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.⁴⁰

La condición de especial vulnerabilidad de la mujer durante el parto hace que el trato ofensivo e irrespetuoso y la negligencia puedan tener consecuencias irremediables tanto para la madre como para el recién nacido, constituyéndose en violaciones de sus derechos fundamentales.⁴¹

Desafortunadamente, la violencia obstétrica forma parte de la práctica cotidiana de los profesionales de la salud encargados de proporcionar la atención obstétrica institucional, ese flagelo está enraizado en la forma en que se concibe a la mujer y en la manera en que los médicos (hombres y mujeres) son formados.

Si bien es cierto que a la fecha se carece en nuestro país y entidad federativa de datos y cifras que permitan cuantificar la prevalencia de la violencia obstétrica y su impacto en el bienestar y la salud de la mujer, esto no debe obstar para que dicha problemática se atienda y que los sistemas de salud se organicen y se conduzcan con respeto a los derechos humanos.

Tal como se ha descrito con anticipación, el tres de julio de dos mil diecisiete, la quejosa (**V1**) se presentó al área de urgencias del Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, acompañada de su hermana y de su concubino, en razón de que tenía contracciones leves. Después de una primera evaluación por parte de médico general, a la espera de una revisión a cargo de ginecoobstetra, **dos enfermeras que se hallaban en el área se dedicaban, una a vender productos por catálogo (SP5) y la otra a comer frituras.**

V1 aguardó alrededor de dos horas y media para ser atendida por **SP2, quien en dos ocasiones y en forma grosera preguntó a la agraviada sus datos generales.** Acto seguido **SP2** realizó un tacto vaginal a **V1** informándole que tenía ocho centímetros de dilatación. A continuación, **sin expresar nada más** se sentó, **dedicándose a platicar durante casi una hora** para posteriormente efectuar un nuevo tacto vaginal.

Tiempo después, **SP2** recibió llamada telefónica y fue entonces cuando refirió a las enfermeras presentes que tenía que irse, incluso una de las servidoras públicas le preguntó qué iba a hacer con la paciente: **“dejándome sola y sin atención médica”**, fue el sentir de **V1** plasmado en su escrito de queja.

V1 expresó haber sido atendida aproximadamente una hora y media después por **SP27 quien actuó de manera brusca, lastimándola al romper la fuente e introducir un espejo en su vagina.** Posteriormente llegó otro médico, quien preguntó por el ginecólogo, lo que generó en la víctima **preocupación** por no saber quién la atendería.

⁴⁰ Cfr. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (Declaración de la OMS), WHO/RHR/14.23 (2014).

⁴¹ Ídem.

Treinta minutos más tarde, una vez que los enfermeros le dijeron que pujara, **V1 fue nuevamente regañada por SP27, diciéndole que no ayudaba al no pujar; lo mismo que dijo SP27 a su marido en la sala de espera, a modo de castigo.**

Una vez trasladada a la sala de expulsión, ante las dificultades para el alumbramiento de **V2, SPR efectuó la maniobra de Kristeller, lastimando a la madre y al feto**, instantes en que **ante el fracaso de la técnica, la víctima presenció la discusión entre médicos y enfermeros, sin que alguno de ellos le explicara lo que ocurría**, situación que **acrecentó la aflicción** que la agraviada sentía.

Después, **V1 escuchó que el personal de salud habló de la necesidad de operarla pero que no había anestesiólogo en el Hospital Municipal de Tepetlixpa** por lo que hablaron telefónicamente al Hospital Materno Infantil Chalco “Josefa Ortiz de Domínguez” a fin de preguntar si la admitían en ese nosocomio para su atención. **V1** debió esperar alrededor de veinticinco minutos para el traslado.

Además de que el conductor de la ambulancia se perdió durante el trayecto al hospital de Chalco, **V1 fue regañada** en el transcurso del viaje por **SP3**, médica asignada para el traslado, diciéndole que dejara de pujar porque su hijo tenía un chipote en la cabeza y “se había hecho del baño” dentro de ella. Asimismo, la enfermera **SP6** (que también fue designada para el traslado), dijo a la médica **SP3** que por eso debían quitar el Seguro Popular: “para ya no atender casos como el mío, también recuerdo que la misma enfermera le dijo a mi hermana **que me convencieran de operarme para que ya no violencia tuviera hijos, porque yo no sabía ser madre [...]**”. No pasa desapercibido para este Organismo que **el chofer de la ambulancia (SP29)** en que se efectuó el envío de la paciente, **condicionó la llegada al hospital de Chalco, al pago de la gasolina**, lo que ante las circunstancias, tuvo que hacer **PR**, entregando la cantidad de ochocientos pesos.

A las veintitrés horas con once minutos del tres de julio de dos mil diecisiete, **V1** ingresó al Hospital Materno Infantil Chalco “Josefa Ortiz de Domínguez”, durante este tiempo, **SP6 le refirió que todo lo que le pasara al feto sería culpa de V1.**

Una vez ocurrido el parto, dado que el recién nacido no lloró, **V1** preguntó a los médicos qué sucedía, los servidores públicos informaron a la quejosa que su hijo iba mal desde el Hospital Municipal de Tepetlixpa, que había tragado líquido amniótico y le habían encontrado marcas en la cabeza por lo que le colocarían en una incubadora.

V1 fue trasladada a la sala de descanso, **donde no recibió más información**, sin tener idea clara de lo sucedido, para ser llevada posteriormente a piso. Fue a la hermana de la víctima (**PR**) a quien se informó la evolución de la salud de **V2**. Entre las once y doce horas del día cuatro de julio de dos mil diecisiete, **V1** fue informada del fallecimiento de su hijo, se la permitió verlo y al observarlo vio que se encontraba muy lastimado, especialmente de su cabeza; dijeron a la madre que su hijo había muerto por asfixia dentro de su útero: “por lo que se le habían formado

los chipotes en su cabeza al tener una inflamación en el cerebro **y eso fue lo único que me informaron**".

En lo antes expuesto, se observa un conjunto de acciones y omisiones que configuran violencia obstétrica. Indiferencia ante la situación en que se encontraba la agraviada, desinterés por sus necesidades, fue víctima de *regañones*, de maltratos, se la llegó a culpabilizar por las dificultades que se presentaron en el parto, se tuvo nula consideración por su condición de parturienta, además de omisiones al no darle información durante la mayor parte del tiempo que recibió atención en el Hospital de Tepetlixpa (reconocida como violencia psicológica⁴²), también omitiéndose atender oportuna y eficazmente la emergencia que se presentó con su parto en dicho nosocomio, aplazándose la indispensable atención médica de urgencia, sin referirla oportunamente a otra institución hospitalaria, lo que generó miedo, angustia, preocupación, desánimo, así como sentimientos de indefensión, culpa, inseguridad, desconfianza, soledad y frustración en la víctima.

A esto debe añadirse la violencia física materializada mediante la ejecución de una maniobra proscrita de la práctica médica actual que originó sufrimiento físico en la madre y el feto. **Todo lo cual permite configurar violaciones a los derechos humanos de V1**, mediante la comisión de violencia obstétrica en su perjuicio. Violencia obstétrica que trasluce violencia de género en tanto manifestación de relaciones asimétricas de poder que concurren entre los servidores públicos del caso y la víctima en su condición de mujer embarazada y en labor de parto.

La suma de acciones y omisiones del personal médico involucrado en los hechos contravino la obligación que tienen, en tanto servidores públicos, de evitar, obstaculizar o impedir el goce o ejercicio de los derechos humanos de **V1**, además de prevenir, promover, atender y erradicar los diferentes tipos de violencia, en este caso la obstétrica, pasando por alto la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y vulnerando los derechos fundamentales de la víctima.⁴³

La deficiente atención médica a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, consistente en acciones inadecuadas u omisiones médicas, trato inhumano, medicación inapropiada, entre otros, genera daños físicos, psicológicos y morales que en extremo pueden provocar la muerte de la madre y su hijo.

De conformidad con los principios consagrados en el derecho internacional de los derechos humanos y en el marco legal mexicano, la mujer durante su embarazo tiene una protección especial que garantiza atención médica de calidad, la cual debe ser proporcionada por el Estado con calidez, en forma oportuna y eficiente, contemplándose además, el derecho femenino a una vida libre de violencia, especificándose la obligación de los servidores públicos de abstenerse de cualquier

⁴² La omisión de datos o información a los familiares de la mujer, también es considerada una modalidad de violencia obstétrica por la doctrina. Cfr. Medina, Graciela, "Violencia obstétrica" en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica> (consultado el veinticuatro de enero de 2019).

⁴³ Cfr. los artículos 18, 46 fracciones I, II, III y X, 51 fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el numeral 59 fracciones I, II y III de su Reglamento.

acción perjudicial contra la mujer, al tiempo de actuar diligentemente a efecto de prevenir y erradicar, entre otros, toda forma de violencia contra la mujer.

Lo antes expuesto de conformidad con los artículos: 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, 7, 8 y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Asimismo, 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 5, 35 y 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 5.5.3 de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; 5 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, además del capítulo V Bis de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México.

En consecuencia se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **IV** apartado **A** de la Recomendación, la autoridad responsable, previo consentimiento de **V1**, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a la víctima la **atención médica, psicológica o tanatológica que corresponda**, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **IV** apartado **B** numeral **1** de la Pública, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Estado de México deberá remitir evidencia respecto a la inscripción de **V1**, al considerarse víctima de violaciones de derechos humanos, en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidos para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. Respecto de la compensación a favor de **V1**, la misma deberá ser cubierta considerando lo descrito en el apartado **B.1**. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

TERCERA. Como **medida de satisfacción** señalada en el punto **IV** apartado **C** numeral **1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se remita por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, a efecto

de que se inicie la respectiva carpeta de investigación. El escrito de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudo haber incurrido el médico gineco obstetra **SPR**, así como su compromiso de coadyuvar a la debida integración de la indagatoria.

CUARTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **IV** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar a **V1** una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluya el reconocimiento de los hechos, la cual será formalizada por el titular del Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, haciéndose llegar a esta Defensoría de Habitantes las evidencias de su materialización.

QUINTA. Como **medida de no repetición** estipulada en el punto **IV** apartado **D** número **1**, del documento de Recomendación, la autoridad responsable deberá implementar, **en un lapso que no exceda de treinta días** a partir de la aceptación de la Pública de mérito, en el Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, así como en el Hospital Materno Infantil Chalco “Josefa Ortiz de Domínguez”, las circulares para instruir al personal de la salud especializado, sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; así como de la Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; de la Guía de Referencia Rápida Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; además del Lineamiento Técnico Cesárea Segura, haciendo llegar las pruebas de su cumplimiento.

SEXTA. Igualmente, como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **IV** apartado **D** numeral **2**, con enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica materno-infantil; la Secretaría de Salud como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de gineco obstetricia del Hospital Municipal de Tepetlixpa “Hermenegildo Galeana”, así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto IV apartado D numeral 2 de la Recomendación.**

RECOMENDACIÓN 2/2019⁴⁴

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente CODHEM/TOL/TEJ/103/2018, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos de **V1** y **V2**,⁴⁵ sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

Derivado del embarazo con que cursaba **V1**, con fecha probable de parto a partir del veintitrés de mayo de dos mil dieciocho, en esa fecha acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional de Tejupilco, perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, para una valoración médica, informándole el servidor público **SP4** que faltaban días para el nacimiento de su bebé, solicitando la práctica de un estudio de ultrasonido, realizado en la misma fecha, que permitió diagnosticar que **V2** presentaba doble circular de cordón a cuello.

Del conjunto de evidencias recabadas por este Organismo, se tuvo conocimiento que los días tres y cinco de junio de dos mil dieciocho, **V1** se presentó nuevamente en el servicio de urgencias del nosocomio de referencia, siendo atendida por los facultativos **SPR1**, **SPR4** y **SPR5**, quienes minimizaron que en las fechas referidas, **V1** cursaba con 41.6 y 42 semanas de gestación respectivamente, hipomotilidad fetal, así como con trabajo de parto en fase latente, omitiendo realizar las pruebas correspondientes para corroborar el bienestar fetal y desestimando su ingreso hospitalario para iniciar inductoconducción de trabajo de parto; o bien, la interrupción del embarazo vía abdominal.

Así las cosas, el día seis de junio de dos mil dieciocho, una vez realizado el cambio de turno, **V1** fue asistida en el trabajo de parto por el galeno **SP2**, obteniéndose a **V2** del sexo femenino, a las ocho horas con cincuenta minutos con circular de cordón a cuello dos vueltas de fácil liberación; posterior al parto, **V1** pudo advertir que su hija recién nacida presentaba llanto con quejido, refiriéndole el servidor público **SPR3** que la mantendrían en observación y probablemente la referirían al Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Toluca, siendo hasta después de las dieciocho horas cuando esto sucedió.

Del texto inscrito en las constancias con que cuenta este Organismo, se desprende que la recién nacida **V2**, fue diagnosticada con síndrome de aspiración de meconio y dificultad respiratoria, así como con doble circular de cordón a cuello, recibiendo reanimación neonatal por parte del facultativo **SPR3**, quien a las nueve horas con cincuenta y ocho minutos del seis de junio de la misma anualidad, asentó en nota

⁴⁴ Emitida a la Directora General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, el veintidós de marzo de dos mil diecinueve, sobre la vulneración del derecho a la protección de la salud y a recibir atención médica libre de negligencia. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 39 fojas.

⁴⁵ Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de las víctimas y personas relacionadas, en su lugar se manejaron siglas. Sin embargo, los datos se citaron en anexo confidencial que se adjuntó a la Recomendación.

médica la prioritaria necesidad de trasladar a **V2** al siguiente nivel de atención médica; sin embargo se dejó en hospitalización, sin el manejo y tratamiento adecuado que requería acorde a su estado de salud.

Pese a que finalmente **V2** fue trasladada e ingresada al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Materno Infantil, dependiente del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, se recibió en malas condiciones generales, en estado de choque, con falla orgánica múltiple debido a la exposición prolongada sin contar con tratamiento médico y oportuno en las horas de espera para su traslado. El estado de salud de **V2** no evolucionó favorablemente y, como se asentó en la nota médica correspondiente, a las diecinueve horas con cinco minutos del siete de junio de dos mil dieciocho falleció como consecuencia de las complicaciones inherentes al estado de choque en que fue recibida en el Hospital Materno Infantil, estableciéndose como causa de su deceso **síndrome de aspiración de meconio**.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley a la Dirección General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en colaboración se solicitó opinión médica a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Se recabó la comparecencia de los servidores públicos relacionados con los hechos motivo de investigación. **También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.**

PONDERACIONES

II. PREÁMBULO

El derecho a la protección de la salud implica el cuidado del bienestar del cuerpo humano, de tal manera que goce de condiciones óptimas que posibiliten la realización de todos los procesos naturales para los que se encuentra facultado, bajo la certeza de que no representarán un riesgo a la integridad corporal o a la vida.

Así, en tratándose de la mujer, su natural capacidad para ser madre debe protegerse por todos los medios con que cuenta el Estado, como un derecho reconocido de manera específica a ella -distintivo de la esencia de su ser-, y un deber primordial a cargo de la autoridad, que con ello ampara la trascendente posibilidad de dar vida.

En ese sentido, las instituciones sanitarias deben asumir con responsabilidad y calidad el servicio que tienen encomendado al brindar, por conducto de los profesionales de la salud, la atención clínica a las mujeres embarazadas para facilitar la práctica de acciones, procedimientos y procesos con que se otorgue en un nivel óptimo de diligencia a través de la ejecución de políticas públicas adecuadas para empoderar y privilegiar la asistencia materna.

Si bien es cierto que, de la legislación vigente en nuestro país y en el Estado de México se advierte el marco jurídico tutelador de los derechos de las mujeres, y esto significa la posibilidad de acceso a la protección especial, en específico a las embarazadas con necesidades de atención médica; también lo es, que un sistema de normas en todos los casos resulta insuficiente si no se garantiza que en las situaciones de hecho, las mujeres accedan a los servicios de salud oportunamente y de acuerdo a sus condiciones particulares.

En consecuencia, el compromiso de las instituciones estriba en que cumplan con las obligaciones que la ley les confiere para conducirse de manera cuidadosa y dedicada en la atención obstétrica, observando los postulados determinados por la ciencia médica; además, deben definir acciones efectivas que visibilicen la inminencia de que las actividades médicas sustantivas de los servidores públicos se vinculen a la naturaleza especial del parto y se alejen del patrón cultural que permite verlo como un suceso cotidiano, con la capacidad de responder en forma positiva e inmediata ante la presencia de complicaciones que pongan en riesgo la integridad personal y, en consecuencia, la vida.

Al respecto, el artículo 61 de la Ley General de Salud sitúa en un plano de vulnerabilidad a la mujer y el producto de la concepción, imponiendo que la atención del binomio materno-infantil debe ser prioritaria y se garantiza mediante la implementación de acciones de atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio; en consonancia, el artículo 61 Bis del propio ordenamiento legal, determina el derecho de la mujer embarazada a obtener servicios de salud con estricto respeto a sus derechos humanos.

En ese contexto, la atención de la mujer durante el embarazo y el parto exige al servidor público que su actuación se ciña al máximo valor ético y profesional a fin de privilegiar la asistencia de la mujer y el recién nacido, haciendo efectivo su derecho a la protección de su salud y evitando su exposición a condiciones adversas que comprometan su integridad corporal.

Lo anterior, en armonía con el reconocimiento enmarcado por el artículo 4º de la Constitución General de la República, que en una interpretación sistémica con la disposición contenida en su artículo 1º permiten que las mujeres embarazadas disfruten de la garantía del Estado para proveerles de servicios médicos adecuados y oportunos, acordes a sus necesidades, con absoluto respeto a sus derechos humanos y la confianza en su calidad, como obligación ineludible de la autoridad.

Con base en lo expuesto y considerando la situación concreta descrita en el apartado correspondiente a la descripción del hecho, este Organismo Público Autónomo realiza el análisis particular conforme al Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos, al tenor del siguiente rubro:

**I. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA
(MALA PRÁCTICA MÉDICA)**

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.⁴⁶

El médico, como servidor público, se encuentra obligado a cumplir con una atención estándar que implica vertientes legales y médicas. En primer término, todo galeno debe ejercer su profesión mediante un estándar razonable dependiendo del caso. En segundo término, el profesional de la salud debe evitar todo procedimiento que implique un riesgo innecesario para el paciente, más aún cuando debe valorarse el beneficio real de esa acción.⁴⁷

Acorde a la literatura especializada, la negligencia médica se conceptualiza como una violación a las normas de atención atribuibles a un paciente, siendo necesario probarla a través de elementos directamente relacionados como el deber (el individuo tenía el deber de atención), la violación (hubo una violación de ese deber), el daño (el paciente está actualmente dañado) y la causal (el acto u omisión cometido por el profesional médico que causó el daño), los cuales son indispensables para su configuración.⁴⁸

Entonces, un profesional de la salud adquiere una responsabilidad que emana de la confianza depositada por el paciente y responde a una atención oportuna según el padecimiento. Cualquier conducta contraria a lo que ética y profesionalmente se espera de un galeno produce una vulneración y daño difícil de reparar; en consecuencia, si el actuar del médico no es congruente con lo establecido por la normatividad que regula su profesión, se estará incurriendo en mala praxis médica.⁴⁹

Sobre el particular, la práctica médica resulta de aplicar los conocimientos y las técnicas adquiridas durante el estudio de la Medicina, ciencia cuyas bases modernas establecen procedimientos perfectamente definidos que el profesional de la salud está obligado a utilizar, y de los cuales puede asistirse frente a las problemáticas concretas para tratarlas de forma racional, experta y acorde a los principios que fija la *lex artis* médica.

Como puede advertirse, el acto médico implica que el facultativo actué con profesionalismo y ética durante la toma de decisiones, más aún cuando los procedimientos a efectuar se encuentran establecidos de manera tan puntual que no puede justificarse su inobservancia; en consecuencia, involucra medidas y decisiones que inciden en una amplia gama de derechos fundamentales, siendo su basamento la protección de la salud.

⁴⁶ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 169.

⁴⁷ Cfr. MACDONALD Mhairi, RAMASETHU, Jayashree, *Atlas de procedimientos en neonatología*. Editorial Médica Panamericana, México, 2005, p.4.

⁴⁸ Cfr. DARNELL, Connie, MICHEL, Christine, *Notas Forenses*, traducción de Rosaura Leonor Lugo Espinosa, McGraw Hill, México, 2013, p. 86.

⁴⁹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo, enero de 2009*, OMS, p. 139, disponible en http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf, recuperado el quince de marzo de dos mil diecinueve.

En el caso concreto se puede establecer que la atención médica otorgada a **V1** y **V2** en el Hospital Regional de Tejupilco dependiente del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en fechas tres, cinco y seis de junio de dos mil dieciocho, fue deficiente y desapegada a la *lex artis*, definida por el máximo tribunal del país de la forma siguiente:

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.

De los artículos 9o. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2o., fracciones XIV y XV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se advierte que la *lex artis* médica o "estado del arte médico", es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la *lex artis*, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.⁵⁰

En efecto, el profesional médico está obligado a decidir y emplear las normas, procedimientos y conocimientos que son aplicables al paciente que le ha encomendado el restablecimiento de su salud, utilizando para el cumplimiento de ese propósito los recursos que tenga a su disposición, con independencia del resultado que se obtenga; sin embargo, es fundamental que la actuación del cuidador de la salud se traduzca en el ofrecimiento de conocimientos y experticia al usuario que demanda la atención de su integridad física, de manera diligente y acorde a los principios determinados por la ciencia médica.

Sobre el particular, como lo refirió **V1**, en su escrito de inconformidad, el veintitrés de mayo de dos mil dieciocho se presentó en el área de urgencias del Hospital Regional de Tejupilco, cursando con embarazo de 40.1 semanas de gestación, con fecha probable de parto del veintitrés al veintiocho de mayo de esa anualidad, a efecto de recibir la atención médica correspondiente pues refirió dolor en bajo vientre, así como buena motilidad fetal, siendo atendida por el galeno **SP4**, quien solicitó la práctica de ultrasonografía obstétrica, a efecto de valorar la vitalidad y bienestar fetal de **V2**, como se registró en la nota de evolución del servicio de consulta de urgencias.

⁵⁰ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

En atención al requerimiento efectuado por el facultativo adscrito al establecimiento sanitario, **V1** acudió en la misma fecha a una clínica particular para la práctica del estudio de ultrasonido relacionado con el embarazo que cursaba, el cual permitió diagnosticar: [...] **EMBARAZO NORMOEVOLUTIVO DE 38.5 SDG [...] Líquido amniótico límite normal bajo. DOBLE CIRCULAR DE CORDON A CUELLO [...]**, como se advierte en el reporte de ultrasonido obstétrico que la agraviada proporcionó para su incorporación en el expediente clínico formado con motivo de su atención; no obstante, como lo señaló **V1**, le informaron que su embarazo se desarrollaba dentro de los parámetros normales.

Asimismo, se documentó la asistencia de **V1** al nosocomio de referencia, el tres de junio de dos mil dieciocho, manifestando la disminución de movimientos fetales [**hipomotilidad**]⁵¹ y cursando en ese momento con un embarazo de 41.6 semanas de gestación; en consulta de urgencias, su valoración estuvo a cargo de **SPR4**, que concluyó su intervención limitándose a informar datos de alarma a la paciente y dejando cita abierta a ese servicio, desestimando el reporte de ultrasonido obstétrico que obraba glosado al expediente clínico de la agraviada; tal como se advierte en el depurado del propio servidor público, quien ante esta Comisión refirió:

*[...] acude la paciente **V1** a revisión por embarazo de 41.6 semanas, no llevaba sintomatología solamente **refería que no sentía que su bebé (no se movía)** [...] se le indican datos de alarma y [...] cita abierta a urgencias, siendo toda mi intervención.*

Atento a lo anterior, resulta ilustrativo lo expresado por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico en su dictamen, al señalar que el médico que revisó a la paciente no realizó ningún estudio para corroborar bienestar fetal, a pesar de que el motivo de la consulta había sido disminución en los movimientos fetales, además de que se trataba de un embarazo de término tardío, lo cual hacía imperativo que se realizaran las pruebas y su hospitalización e iniciar inductoconducción de trabajo de parto o en caso de mostrar algún dato ominoso de pérdida de bienestar fetal, llevar a cabo la interrupción del embarazo vía abdominal, como lo dispone la Guía de Práctica Clínica “**Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 21/marzo/2013**”.⁵²

Aunado a lo anterior, el cinco de junio de dos mil dieciocho, **V1** se presentó una vez más en el Hospital Regional de Tejupilco, aproximadamente a las seis horas con veintidós minutos, recibiendo atención médica por parte de **SPR1**, a quien informó sobre la presencia de contracciones uterinas desde el día anterior y salida de secreción vaginal; para lo cual, según se advierte en la nota de evolución respectiva, el facultativo de mérito estableció como procedimiento: [...] *Manejo*

⁵¹ Disminución de la capacidad de movimiento[...]. Clínica Universidad de Navarra, Diccionario médico, consultado en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipomotilidad>.

⁵² Evidencia 6. [...] La Guía de Práctica clínica menciona que los nacimientos después de las 42 semanas de gestación están asociados con riesgo incrementado de muerte intraparto y neonatal [...] Se debe ofrecer inducción de trabajo de parto a mujeres que cursan 41 a 42 semanas de gestación ya que la evidencia actual revela disminución en la mortalidad perinatal sin aumentar el riesgo de cesáreas. A mujeres con embarazos no complicados se les debe ofrecer inducción a trabajo de parto entre las semanas 41 y 42 para evitar el riesgo de embarazo prolongado [...].

ambulatorio acudir en 4 hora a resvion [sic] nueva mente al servicio, cita abierta en caso signo de alarma [...].

En la misma fecha, se le realizó Triage a las diecisiete horas con cincuenta minutos, cursando con cuarenta y dos semanas de gestación más trabajo de parto, clasificándose su estado de salud como atención inmediata rojo. **V1** fue valorada por el médico del servicio de urgencias **SPR5**, quien después de realizar la exploración física decidió **explicar datos de alarma obstétrica y citar a la agraviada a valoración en cuatro horas**, tal como lo señaló el servidor público en su comparecencia ante esta Comisión.

Sobre el actuar de los servidores públicos **SPR1** y **SPR5**, en la opinión técnico-médica emitida por la CCAMEM se ponderó importante referir que, acorde a la valoración realizada por los facultativos, **V1** cursaba con cuarenta y dos semanas de gestación, en fase latente de trabajo de parto y presentando un centímetro de dilatación; en consecuencia, estaba indicado ingresarla para realizar pruebas de bienestar fetal y valorar el inicio de inductoconducción de trabajo de parto, en observancia a la literatura y práctica médica actual; lo que en la especie no aconteció puesto que **SPR1** y **SPR5**, la citaron en ambas ocasiones a revisión en cuatro horas.

Así las cosas, a las veintitrés horas con treinta y tres minutos del cinco de junio de dos mil dieciocho, la servidora pública **SP1** valoró nuevamente a **V1**, determinando su hospitalización e ingreso a la sala de observación, encontrándola al tacto con tres centímetros de dilatación y 80% de borramiento.

Una vez en la unidad de Tococirugía del Hospital Regional de Tejupilco, **SPR2** estuvo a cargo de la vigilancia y manejo de la paciente, mencionando en su nota que la encontró en fase latente de trabajo de parto, feto vivo con frecuencia cardíaca fetal de 134 latidos por minuto, indicándole oxitocina para conducción de trabajo de parto; además, en la nota de valoración elaborada a las veintitrés horas con cuarenta y tres minutos del cinco de junio de dos mil dieciocho, **SPR2** refirió que la agraviada no contaba con ultrasonidos recientes, sin hacer alusión a la ultrasonografía practicada dos semanas antes, el veintitrés de mayo de dos mil dieciocho.

Aunado a lo anterior, como se desprende del testimonio de **SPR2**, manifestado en su comparecencia ante este Organismo, la servidora pública aludió al otorgamiento de vigilancia continua de la frecuencia cardíaca fetal, desde las veintitrés horas con cincuenta minutos del cinco de junio de dos mil dieciocho, hasta las ocho horas del día seis de junio de esa anualidad, sin presentar alteraciones o patologías; así, a las ocho horas del seis de junio **SPR2** realizó amniorrexix,⁵³ entregándola al siguiente turno con nueve centímetros de dilatación.

⁵³ Es la ruptura espontánea o manual de la bolsa del líquido amniótico en la que se encuentra el feto. Cfr. Botella Llusá, José y Clavero Núñez, José A., Tratado de ginecología, 14 edición, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1993, p. 247 y ss.

Sin embargo, la actuación de **SPR2** fue objeto de estudio por parte de la CCAMEM, valorando en su dictamen que la servidora pública arguyó que no tenía registro tococardiográfico porque no contaba con ellos en el servicio; manifestación contradictoria a lo que la propia servidora pública informó en el resumen clínico de julio de dos mil dieciocho, al señalar que mantuvo monitorizada la frecuencia cardiaca fetal con el tococardiógrafo; por lo cual se advierte que la especialista en Ginecología inobservó las disposiciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica “**Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 21/marzo/2013**”, al omitir la realización de pruebas de bienestar fetal; o bien, documentar la vigilancia a que hizo referencia en su resumen médico, dado que en las documentales que integran expediente clínico no se cuenta con las constancias correspondientes.

Ahora bien, a las ocho horas con treinta minutos del seis de junio de dos mil dieciocho, **V1** pasó a la sala de expulsión donde fue asistida por el ginecólogo **SP2**, del turno matutino, quien atendió el parto sin complicaciones, con los siguientes hallazgos:

[...] SE OBTIENE RECIEN NACIDO DEL SEXO FEMENINO, A LAS 08:50 HRS EL CUAL SE PASA INMEDIATAMENTE A MÉDICO PEDIATRA EN TURNO PARA SU ATENCIÓN Y REANIMACIÓN [...] CON APGAR DE 7/8, Y SILVERMAN DE 2, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL +++ [...] Y PRESENCIA DE DOBLE CIRCULAR DE CORDON AL CUELLO [...] QUEDANDO A CARGO DE PEDIATRIA RECIEN NACIDA PARA SU ATENCIÓN [...]

A manera de precisión, por cuanto hace a la atención médica otorgada a **V2**, su nacimiento tuvo lugar a las ocho horas con cincuenta minutos del seis de junio de dos mil dieciocho en el ya referido Hospital Regional de Tejupilco, dependiente del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, como lo anotó en síntesis clínica, del dos de julio de la misma anualidad, el médico gineco obstetra **SP2**, quien entregó a la recién nacida al especialista en Pediatría en turno para su atención y reanimación.

En armonía con lo anterior, en la integración de la investigación correspondiente se obtuvo el depositado y resumen médico del servidor público **SPR3**, en los cuales manifestó la labor realizada durante la asistencia sanitaria proporcionada a **V2**, explicando que procedió a la reanimación básica de la recién nacida aspirando líquido meconial en boca y narinas; asimismo agregó que, después del primer minuto de estar reanimando, **V2** presentó una apnea que se consideró obstructiva debido a la presencia de líquido amniótico en la cavidad oral, aspirando nuevamente boca y narinas, realizando laringoscopia⁵⁴ en dos ocasiones, siendo la primera positiva, ya que se aspiró meconio, y la segunda negativa. Al término de ésta, efectuó estimulación táctil a **V2**, quien presentó llanto y respiración.

En su comparecencia ante esta Comisión, **SPR3** dijo que una vez realizado el procedimiento de reanimación y señalado las indicaciones al personal de enfermería informó a **V1** que su hija recién nacida presentó un problema de

⁵⁴ Examen de laringe. Clínica Universidad de Navarra, Diccionario médico, consultado en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/laringoscopia>.

aspiración de meconio, así como dificultad respiratoria; por lo cual, sería estabilizada en ese establecimiento sanitario para su referencia posterior al Hospital Materno Infantil en la Ciudad de Toluca, México; en consecuencia, después de permanecer una hora observando la evolución de **V2**, a las nueve horas con cincuenta y ocho minutos del seis de junio de dos mil dieciocho, elaboró las constancias respectivas, indicaciones médicas, nota clínica de reanimación y la nota de referencia, considerando que la paciente neonata había sido diagnosticada con aspiración de líquido meconial.

Aunado a lo descrito, **SPR3** manifestó que aproximadamente a las catorce horas de la misma data, le informaron que la recién nacida **V2** presentó quejido respiratorio, por lo que la trabajadora social **SP5** le solicitó el traslado de la paciente al siguiente nivel de atención; sin embargo, refirió que debido al cambio de turno en el Hospital Materno Infantil se dificultaría el enlace para el traslado respectivo, decidiendo entregar a la paciente al turno vespertino del Hospital Regional de Tejupilco.

En esa tesitura, puede señalarse que el servidor público **SPR3** incumplió la obligación establecida en la **NOM-007-SSA-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida**, toda vez que omitió vigilar estrechamente a la recién nacida **V2**, quien fue sometida a maniobras de reanimación neonatal; se afirma lo anterior, en atención a que el galeno de mérito señaló que fue hasta las catorce horas del seis de junio de dos mil dieciocho cuando tuvo conocimiento de la complicación de salud que presentó nuevamente la recién nacida **V2**.

Por otro lado, entre las documentales que conforman el expediente de investigación, integrado por esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, se encuentra un resumen clínico del veintinueve de junio de dos mil dieciocho, en el que no se advierte nombre ni rúbrica del signatario, que da cuenta del estado delicado de salud en que se encontraba **V2**, en el Hospital Regional de referencia, desprendiéndose de su contenido textual, entre otras cosas, lo siguiente:

Fecha de egreso por traslado a Hospital Materno Infantil ISSEMYM: 06 de junio 2018.
Diagnóstico de egreso y referencia: Recién nacido femenino de 42 semanas de gestación.
Síndrome de aspiración de meconio [...]
Dificultad respiratoria leve [...]

Se recibe en el turno vespertino paciente recién nacida femenina [sic] de 7 horas de vida [sic] aproximadamente con los diagnósticos mencionados con anterioridad [...]
Se mantiene en cuna de calor radiante, observándose a la exploración física con dificultad respiratoria manifestada con quejido respiratorio, tiraje intercostal [...] aunado a esto presencia de polipnea continua, la radiografía de tórax tomada en esos momentos con infiltrado reticulogranular bilateral de predominio apical derecho, imagen sugestiva de Síndrome de aspiración de meconio. (por la extrema necesidad y urgencia para su traslado inmediato no se describe en nota vespertina resto de exploración física) [...] Se solicita nuevamente su traslado a tercer nivel Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Toluca y el apoyo para el traslado vía aérea [...] siendo aceptado y trasladado vía aérea.

Lo anterior se traduce, en términos del peritaje emitido por la CCAMEM, en que la recién nacida persistió con dificultad respiratoria y fue referida al Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, desconociéndose el horario en que fue trasladada, ya que desde las nueve horas con cincuenta y ocho minutos del seis de junio de dos mil dieciocho, fue realizada hoja de referencia; sin embargo, como se desprende de los registros de enfermería que obran agregados al expediente clínico, se conoció que **V2** permaneció en el servicio hasta después de las dieciocho horas.

Así las cosas, como lo refirió la servidora pública **SP3** en su resumen clínico, a las dieciocho horas con treinta y siete minutos del seis de junio de dos mil dieciocho, **V2** fue ingresada al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Materno Infantil, perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en la Ciudad de Toluca, México, donde se recibió en muy mal estado general de salud **–en estado de choque–**, con diagnósticos de ingreso: ***RECIEN NACIDO DE TERMINO/PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL/SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO⁵⁵/PB HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR.***

El estado de salud de **V2** se encontraba en un riesgo inminente, valorándose imperativo su traslado a terapia intensiva neonatal, donde le fue colocado catéter umbilical a las veinte horas con treinta minutos del día de su ingreso, se conectó a ventilador mecánico, en estado de choque, deshidratada, hipotérmica con acidosis respiratoria severa, que provocó hipoperfusión e hipoxia tisular sistémica, además de disminución de flujo sanguíneo que no pudo satisfacer las demandas metabólicas tisulares de oxígeno y por consiguiente disfunción celular con falla orgánica múltiple **debido a la exposición prolongada sin contar con tratamiento médico efectivo y oportuno en las horas de espera para su traslado.**

El manejo y atención médica de **V2** en el Hospital Materno Infantil, sito en la Ciudad de Toluca, continuó en terapia intensiva neonatal, acorde a la literatura y práctica médica vigentes; sin embargo, pese a los esfuerzos, procedimientos y práctica médica empleada por el personal del Hospital Materno Infantil, posterior a dos eventos de paro cardiorespiratorio, con respuesta parcial a las maniobras de reanimación, se determinó el fallecimiento de **V2** a las diecinueve horas con cinco minutos del siete de junio de dos mil dieciocho, registrándose como diagnósticos de defunción: ***1-RECIEN NACIDO DE TÉRMINO 2-SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO.***

Atento a las consideraciones anteriores, así como al análisis de la intervención médica y atención otorgada a **V1**, atribuida a los profesionales de la salud adscritos al Hospital Regional de Tejupilco durante los días los días tres, cinco y seis de junio de dos mil dieciocho, con apoyo en las conclusiones aportadas por la CCAMEM en

⁵⁵ [...] el Síndrome de dificultad respiratoria producido por la aspiración de líquido meconial en recién nacidos de término o post-término en el que la eliminación del meconio por el feto traduce la mayoría de las veces un fenómeno hipóxico intrauterino. El meconio presente en la vía aérea produce reacción inflamatoria, obstrucción de la vía aérea e inhibición del surfactante entre otras alteraciones con insuficiencia respiratoria que puede llegar a ser severa. De los recién nacidos que desarrollan síndrome de aspiración meconial necesitan de ventilación mecánica, un tercio de ellos desarrollan hipertensión pulmonar y la mortalidad asociada oscila entre un 4 y 19% [...]

la opinión técnico-médica que emitió, se detectaron responsabilidades concretas de los siguientes profesionales de la salud:

A. SPR4

Médico del servicio de urgencias que el día tres de junio de dos mil dieciocho atendió a **V1**, indicándole cita abierta a urgencias en caso de presentar algún dato de alarma obstétrica; absteniéndose de realizar los procedimientos y pruebas pertinentes para corroborar bienestar fetal, pese a que el motivo de la consulta fue la disminución de movimientos fetales, manifestada por **V1**.

Más aún, acorde a lo determinado en la Guía de Práctica Clínica “**Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 21/marzo/2013**”, por tratarse de un embarazo de término tardío era prioritario realizar la prueba sin estrés para evaluar el bienestar fetal, así como la hospitalización de **V2** para el inicio de inductoconducción de trabajo de parto; o bien, llevar a cabo la interrupción del embarazo vía abdominal. Por el contrario, la actuación del galeno fue contraria a lo dispuesto por la Guía en cita.

En consecuencia, la Comisión de Conciliación de Arbitraje Médico de la entidad concluyó, en el dictamen relacionado con los hechos motivo de Recomendación, que: [...] **Existen elementos de mala práctica médica en la atención brindada a V1 [...] por parte del Doctor SPR4 [...]**.

B. SPR1 y SPR5

Médicos adscritos al área de urgencias del Hospital Regional de Tejupilco que incurrieron en omisión médica el cinco de junio de dos mil dieciocho, toda vez que al momento de atender y valorar a **V1**, quien se encontraba en fase latente de trabajo de parto, con cuarenta y dos semanas de gestación, decidieron citarla a revisión en cuatro horas.

No obstante, al tratarse de un embarazo postérmino, estaba indicado ingresarla para realizar pruebas de bienestar fetal y valorar el inicio de inductoconducción de trabajo de parto, como lo refirió la CCAMEM, en la opinión técnico-médica enviada a este Organismo como acervo documental, al señalar: [...] **Existen elementos de mala práctica médica en la atención brindada a V1 [...] por parte de los Doctores SPR1 y SPR5 [...]**.

C. SPR2

Ginecóloga adscrita al Hospital Regional de Tejupilco, servidora pública que en la atención clínica proporcionada a **V1** no realizó pruebas de bienestar fetal antes de iniciar conducción de trabajo de parto para detectar oportunamente datos de hipoxia fetal ocasionados por el doble circular de cordón a cuello que presentaba la recién nacida **V2**, que se mencionó en el ultrasonido con que contaba la paciente, de fecha veintitrés de junio de dos mil dieciocho; por tanto, no corroboró la presencia de doble circular de cordón a cuello, para la realización oportuna de una cesárea y mejora del pronóstico fetal.

En efecto, la afirmación anterior tiene basamento en la conclusión inserta en el dictamen emitido por la CCAMEM, que puntualmente anotó: [...] **Existen elementos de mala práctica médica en la atención brindada a V1 [...] por parte de la Ginecóloga SPR2 [...].**

Asimismo, por cuanto a la atención médica brindada a la recién nacida **V2**, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad, previo el análisis y valoración de las constancias que integran el expediente de investigación, citado al epígrafe, determinó que existieron elementos de mala práctica médica, toda vez que:

[...] **a)** Ante los datos de dificultad respiratoria que persistieron después de realizar la reanimación, no se tomaron medidas terapéuticas oportunas y necesarias para su manejo, permaneciendo nueve horas en el Hospital Regional de Tejupilco antes de ser trasladada. **b)** La aspiración de meconio que presentó al nacer tuvo tratamiento adecuado [...] no así el patrón respiratorio que requería de manejo especializado en una unidad de cuidados intensivos neonatales con los insumos y personal idóneo para su tratamiento oportuno y adecuado, y **c)** Fue trasladada sin vía periférica funcional ni apoyo mecánico ventilatorio, ingresando al segundo nosocomio en muy malas condiciones generales y graves, ameritando manejo intensivo de inmediato, sin lograr recuperación hemodinámica, ni funcional de los órganos afectados por el Síndrome de Aspiración de Meconio [...].

Las acciones y omisiones descritas en los apartados que anteceden delimitaron la responsabilidad profesional de los galenos referidos, adscritos al Hospital Regional de Tejupilco y denotan la existencia de elementos de mala práctica médica, al no apearse al estado del arte médico, el cual exige que la atención médica deberá llevarse de conformidad con los principios científicos y éticos que la orientan.⁵⁶

Como se advierte, el concierto de deficiencias en el ejercicio de la praxis médica pudo comprometer de manera innecesaria la integridad física de **V1**; más aún, la intervención incorrecta de los servidores públicos, en el otorgamiento de asistencia médica, causando una afectación directa e irreparable en la salud de **V2**, que culminó con falla orgánica múltiple y el fatal desenlace de pérdida de la vida, contraponiéndose a una práctica médica que en lugar de encaminarse a restablecer la salud de la paciente, contribuyó a agravar su condición física e integridad corporal.

Consecuentemente, contrario al ofrecimiento de una atención médica diligente e integral, los profesionales de la salud no recurrieron a todos los medios, procedimientos y recursos necesarios a su alcance para otorgar una atención adecuada a **V1** y **V2**, y garantizar con ello su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, concluyéndose la existencia de mala práctica médica atribuible a los médicos intervinientes en la atención de las víctimas.

La atención médica proporcionada a las víctimas en el presente asunto, se alejó de los parámetros globales de accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en términos del debido cuidado que las instituciones públicas deben brindar a sus usuarios

⁵⁶ Artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el catorce de mayo de mil novecientos ochenta y seis.

conforme a los medios de que disponen; determinable a través de la infraestructura creada, los recursos materiales destinados, el presupuesto asignado, y por los recursos humanos con que cuentan para prestar sus servicios, pero también por la capacidad y la preparación de sus servidores públicos, lo que es fundamental para establecer si las dependencias cumplen con su función e inciden favorablemente en la vigencia de los derechos humanos de las personas.

Con sustento en el cúmulo de evidencias reunidas durante la tramitación del expediente radicado con motivo de la investigación de los hechos, se pudo corroborar sin duda que los servidores públicos: **SPR1, SPR2, SPR3, SPR4 y SPR5** incurrieron en mala práctica médica en detrimento de la salud de **V1 y V2**, dado que como profesionales de la ciencia médica no recurrieron a todos los medios y recursos a su disposición para otorgar una atención adecuada a las víctimas, y con ello garantizar su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se acredita con lo expuesto en líneas previas, concluyéndose la existencia de elementos que evidenciaron la mala praxis a que se ha hecho referencia, sustentada por la opinión técnico-médica de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad.

En suma, los yerros cometidos por los galenos señalados como responsables de violaciones a derechos fundamentales contravinieron el respeto y la garantía de los derechos humanos de la recién nacida y su madre, atentando contra el derecho a la protección de la salud, e incidiendo directamente en sus derechos a la vida e integridad.

El interés del Estado en la preservación de la vida se considera de la mayor relevancia y una de sus máximas prioridades. Luego entonces, la obligación de las instituciones públicas para proteger a las personas supone una exigencia forzosa a la protección física y la conservación de la vida, principalmente cuando ante esas instituciones acuden las personas que requieren los servicios de un facultativo que deberá actuar con la debida diligencia en el ejercicio de la ciencia médica.

En correspondencia, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que:

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...], también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...].⁵⁷

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que la vida:

[...] es un derecho humano fundamental, [...]. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. [...] comprende, no sólo el derecho [...] de no ser privado de la vida [...], sino [...] también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones

⁵⁷ Tesis constitucional "Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado". Semanario Judicial de la Federación, enero 2011, registro 163169.

que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones [...] para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él [...].⁵⁸

El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. Así, la protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito materno-infantil, implica la obligación de todas las autoridades de garantizar al binomio el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud y realizar todas las medidas necesarias para evitar las muertes neonatales derivadas de inadecuadas atenciones médicas, como se evidenció en el caso que nos ocupa, al documentarse la existencia de elementos de mala práctica médica en la actuación de los profesionales de la salud: **SPR1, SPR2, SPR3, SPR4 y SPR5**.

En el asunto que nos ocupa, las evidencias y consideraciones recabadas son la base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a **V1** y **V2** por personal médico adscrito al Hospital Regional de Tejupilco, perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, las cuales también sustentan la transgresión al derecho humano a la vida de **V2**, consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana; el derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana; el derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica, así como el derecho de la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especiales, contemplados en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, consagrado en el numeral XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el derecho a la atención médica de buena calidad, establecido en el principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la protección de la vida prenatal en términos del artículo 4 de la Convención Americana con los alcances e interpretación establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos;⁵⁹ y el propio derecho a la salud consagrado en el precepto 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

Se afirma lo enunciado en el párrafo que antecede, con base en la información anotada en el acta de defunción de **V2**, quien falleció a las diecinueve horas con cinco minutos del siete de junio de dos mil dieciocho, y de acuerdo a la información asentada en el documento de mérito, las causas que provocaron su deceso fueron: “I. A) SÍNDROME ASPIRACIÓN DE MECONIO (1 DIA). II.- RECIEN NACIDO DE TERMINO (1 DIA)”.

⁵⁸ Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

⁵⁹ Cfr. con la sentencia del caso Artavia Murillo vs. Costa Rica de noviembre de 2012.

En ese sentido, este Organismo Protector de Derechos Humanos infiere que derivado de la inadecuada atención médica que se proporcionó a **V1**, los días tres, cinco y seis de junio de dos mil dieciocho, **V2** presentó complicaciones en su estado de salud y alteraciones en su funcionamiento orgánico, desde el momento mismo de su nacimiento; dicha circunstancia ocasionó que la recién nacida continuara en malas condiciones generales, lo que ameritó maniobras de reanimación que en un primer momento le proporcionó mejoría a **V2**, sin embargo, en el transcurso de las horas su estado de salud evolucionó al deterioro hasta que falleció ante la evidente falta de atención médica adecuada en el Hospital Regional de Tejupilco y la demora excesiva en su traslado al Hospital Materno Infantil dependiente del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios de la Ciudad de Toluca, para su asistencia clínica en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

II. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Es importante acotar que todos los trámites, acciones y el seguimiento de los mismos, contenidas en la presente resolución pública son de la entera responsabilidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, por lo que dicha dependencia del Poder Ejecutivo estatal deberá cumplir con su obligación de velar por que el conjunto de medidas de reparación que a continuación se especifica, se efectúen de manera oportuna, a efecto de evitar la revictimización de **V1** y **V3**, documentando puntualmente ante esta Comisión su cabal cumplimiento en los términos que se precisará.

A. Medida de rehabilitación

Es importante que la autoridad recomendada brinde atención psicológica y tanatológica especializadas a las víctimas del presente caso. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a **V1** y **V3**, la atención psicológica y tanatológica que corresponda, la cual deberá ser proporcionada, **previo consentimiento de las víctimas**, por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua frente a la afectación a la salud de **V1**, que trajo como consecuencia la pérdida de la vida de **V2**; para cumplir este requerimiento el Instituto podrá auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca los servicios descritos y cuyo acercamiento con la víctima garantice su máxima protección, trato digno y no revictimización.

B. Medidas de compensación

La compensación consiste en reparar el daño causado material o inmaterial, por lo que al acreditarse violaciones a los derechos humanos de **V1** y **V2**, la autoridad responsable deberá indemnizar a **V1** y **V3**, en términos de la Ley General de Víctimas.

En congruencia con lo anterior, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que cuando la restitución del bien jurídico que se ha visto afectado por la violación a derechos humanos es prácticamente imposible, se hace necesario aplicar o determinar otras formas de reparación. En efecto, obligar al responsable de la vulneración a borrar todas las consecuencias que su acto causó es

enteramente imposible porque su acción tuvo efectos que se multiplicaron de modo inconmensurable, perjuicios que ameritan, entre otras medidas, indemnización.⁶⁰

En ese sentido, en términos de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado de México y Municipios, la responsabilidad del gobierno del Estado de México y municipios es objetiva y directa, aplicándose los preceptos de dicha ley para cumplimentar las Recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, aceptadas por los sujetos obligados (entre ellas las dependencias de la Administración Pública Estatal), en cuanto se refieran al pago de indemnizaciones.

En consecuencia, el Instituto de mérito, por sí o mediante la inscripción de **V1** y **V3** en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, velará por que dichas personas tengan acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia. De esta manera, la compensación a favor de la víctima de vulneraciones a derechos humanos será cubierta por la Institución responsable, considerando lo expresado en el presente apartado.

C. Medidas de satisfacción

C.1. Aplicación de sanciones penales. El artículo 73, fracción V de la Ley General de Víctimas, previene la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de violaciones de derechos humanos, sobre la base que las autoridades competentes determinen:

- a) En el caso concreto y por cuanto hace a la responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido los servidores públicos: **SPR1**, **SPR2**, **SPR3**, **SPR4** y **SPR5**; la autoridad recomendada deberá remitir la copia de esta Recomendación a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México para que dicho órgano autónomo investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir.
- b) Por otro lado, atento a la responsabilidad administrativa en que pudieron incurrir los médicos adscritos al Hospital Regional de Tejupilco: **SPR1**, **SPR2**, **SPR3**, **SPR4** y **SPR5**, el Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, sustancia actualmente el expediente OIC/INVESTIGACION/ISSEMYM/OF/135/2018, a efecto de estar en posibilidad de determinar la existencia de actos u omisiones constitutivas de responsabilidad administrativa; para lo cual, la autoridad recomendada deberá remitir la copia de esta Recomendación al Órgano Interno de Control de ese Instituto para que cuente con mayores elementos que le permitan, en su caso, determinar la probable responsabilidad administrativa atribuible a los servidores públicos.

⁶⁰ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam. Reparaciones y Costas. Sentencia de 10 de septiembre de 1993. Serie C No. 15, párrs. 18 y 19.

D. Medidas de no repetición

D.1. Práctica médica conforme a *la lex artis*. A efecto de garantizar la observancia de las especificaciones en materia gineco obstétrica, es pertinente implementar de manera inmediata en el personal de la salud del nosocomio involucrado las circulares o instrumentos administrativos mediante los cuales se instruya sobre la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**; la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico**, así como de la Guía de Práctica Clínica: **Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud 21/marzo/2013.**

D.2. Capacitación en derechos humanos. Para que los profesionales de la salud proporcionen una atención médica libre de negligencia con respeto a la dignidad humana de las pacientes embarazadas, materializando las pautas provenientes de las normas especializadas y las guías de práctica clínica especificadas en esta Recomendación, el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, como autoridad responsable, deberá acreditar la respectiva capacitación en materia de protección a derechos humanos dirigido a los profesionales de la salud adscritos a los servicios de urgencias, gineco obstetricia, Pediatría y Neonatología del Hospital Regional de Tejupilco, por lo que el contenido de la capacitación deberá contemplar la revisión del marco jurídico nacional y local en torno a los procedimientos clínicos, con especial énfasis en aquellas Normas Oficiales Mexicanas y guías de práctica médica que se relacionan con el presente asunto.

En consecuencia se formulan las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **II** apartado **A** de esta Recomendación, la autoridad responsable, previo consentimiento de **V1** y **V3**, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a las víctimas la **atención médica, psicológica o tanatológica que corresponda en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del presente documento de Recomendación, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **II** apartado **B** numeral **1** de esta resolución, el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá remitir evidencia respecto a la inscripción de **V1** y **V3** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral,

previsto en la aludida ley de la materia. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

TERCERA. Como medida de satisfacción señalada en el punto II apartado C numeral 1, de la sección de ponderaciones de esta Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, deberá **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación:

- a) Remitir por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de esta Recomendación, a efecto de que se inicie la respectiva carpeta de investigación. El documento de remisión de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir los servidores públicos: **SPR1, SPR2, SPR3, SPR4 y SPR5**, así como su compromiso de coadyuvar a la debida integración de la indagatoria.
- b) Remitir copia certificada de la presente Recomendación al Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, a efecto de que se incorpore a las constancias que integran el sumario OIC/INVESTIGACION/ISSEMYM/OF/135/2018, en el que se investiga la probable responsabilidad administrativa en que incurrieron los servidores públicos: **SPR1, SPR2, SPR3, SPR4 y SPR5**.

CUARTA. Como medida de no repetición estipulada en el punto II apartado D número 1, del presente documento de Recomendación, la autoridad responsable deberá implementar en el Hospital Regional de Tejupilco, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación del presente documento de Recomendación, las circulares para instruir al personal de la salud del nosocomio involucrado sobre la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**; la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico**, así como de la Guía de Práctica Clínica: **Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud 21/marzo/2013**, haciendo llegar las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Como medida de no repetición, expuesta en el punto II apartado D numeral 2, relativa a capacitar a los profesionales de la salud del nosocomio involucrado con enfoque de prevención y para que puedan conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica materno-infantil; el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de urgencias, gineco obstetricia,

Pediatría y Neonatología del Hospital Regional de Tejupilco, así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto II apartado D numeral 2 de esta Recomendación.**

RECOMENDACIÓN 3/2019⁶¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/TOL/613/2018**, esta Comisión procedió al análisis de las quejas, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos,⁶² sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El nueve de agosto de dos mil dieciocho se inició de oficio, investigación derivada de la nota periodística publicada el día ocho de agosto del mismo año en el periódico *8 columnas*, titulada: “Denuncian negligencia. Acusan falta de oficio en instalaciones de Issemym”, en la cual se dio a conocer que **V** ingresó el veinticuatro de julio de dos mil dieciocho al Centro Médico Toluca del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) “Arturo Montiel Rojas”, con fiebre y dolor abdominal, y que dos días después salió sin vida. Posteriormente, el diez de septiembre de dos mil dieciocho, la madre de la víctima (**Q**) presentó escrito de queja por los mismos hechos, expresando que el veinticinco de julio del mismo año, su hijo permaneció hospitalizado y aproximadamente durante doce horas, ningún médico se presentó a revisarlo o a verificar su estado de salud, que el médico responsable (**SPR2**) de la atención del paciente no asistió a trabajar desde el veintitrés de julio. Asimismo, tuvo que pedir autorización de personal directivo del hospital, para que se programara la intervención quirúrgica de su hijo por otro médico, para el veintiséis de julio, sin que se llevase a cabo por no ser considerada urgencia, además de que no se otorgó quirófano alguno para que la víctima pudiera ser operada. Finalmente, su hijo falleció a las dos horas del veintisiete de julio y el certificado de defunción le fue entregado hasta las ocho treinta horas, sin que los servidores públicos del hospital le refirieran sobre la práctica de la necropsia.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley al ISSEMYM, además de requerir de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), una opinión médica. Se recabaron las comparecencias de la

⁶¹ Emitida a la Directora General del ISSEMYM, el 22 de marzo de 2019, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y a la accesibilidad a los servicios de salud en perjuicio de **V**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 34 fojas.

⁶¹ Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.

⁶² Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.

quejosa y de los servidores públicos relacionados. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.

PONDERACIONES

III. PREÁMBULO

Con los derechos económicos, sociales y culturales se propugna el bienestar de las personas y la creación de condiciones de igualdad para que los seres humanos gocen de todos los derechos. Dada su naturaleza prestacional, el Estado se encuentra obligado a proporcionar servicios y bienes para su vigencia sociológica. En este tipo de prerrogativas se ubica el derecho a la salud.

Dentro del ámbito regional americano, el carácter obligacional⁶³ del derecho a la salud se especifica al establecer que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Para hacerlo efectivo, los Estados partes de la Convención Americana sobre Derechos Humanos están comprometidos a reconocer esa salud como un bien público y a adoptar, entre varias medidas más, la atención primaria de la salud, interpretada como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas sujetas a la jurisdicción del Estado, la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, así como la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

De manera sincrónica, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirma que el derecho a la salud comprende, entre otros: un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas.

La Organización Mundial de la Salud ha evidenciado que la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones sociales y culturales, y en sinergia con ellas, es componente fundamental de bienestar social.⁶⁴ Si en la vida de las personas y las naciones no hay salud, las posibilidades de alcanzar un desarrollo integral son escasas.⁶⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. Asimismo, el derecho a la salud fue consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁶³ Cfr. artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

⁶⁴ OMS. *Documentos básicos, suplemento de la 45 edición, octubre de 2006*, tomado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (consultado el 7 de enero de 2019).

⁶⁵ Cfr. Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Derecho a la protección de la salud y derechos humanos" en *CONAMED. Revista CONAMED*, Vol. 10, núm. 1, enero-marzo de 2005, pp. 11-15.

Dada su relevancia, todos los países han ratificado por lo menos un tratado relacionado con el derecho a la salud, adquiriendo el compromiso de protegerlo al tomar parte en el derecho internacional de los derechos humanos.

A todo ser humano corresponde la facultad de que se le garanticen las condiciones necesarias para conseguir su bienestar físico, mental y social, mediante bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.⁶⁶ Lo anterior ha sido reconocido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como uno de los elementos que integran el derecho a la salud: calidad es la exigencia de que los servicios sean apropiados médica y científicamente.⁶⁷

La persona tiene la prerrogativa de exigir al Estado un sistema que preserve su salud y que, de ser necesario, contribuya al restablecimiento de la misma, por tanto, en el ejercicio de su actividad, los servidores públicos de la salud tienen en sus manos garantizar la eficacia del derecho a la salud.

El derecho a la salud o a la protección de la salud, dada su naturaleza de atributo inclusivo, es un bien vital que implica una gama de libertades y derechos, comprende un conjunto de factores que dan lugar a una vida sana, entre los que se hallan: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda apropiadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; además de igualdad de género.⁶⁸

Asimismo, el derecho en cuestión incluye algunas libertades, tales como el derecho a dar consentimiento para recibir tratamiento médico, así como a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁶⁹

De la misma forma, nuestro derecho a la salud comprende varios derechos más, como en los casos de las prerrogativas a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; a la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; de la misma forma que la salud materna, infantil y reproductiva.⁷⁰

Por otra parte, resulta pertinente facilitar servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Además, todos esos servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.⁷¹

⁶⁶ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 217.

⁶⁷ Cfr. SCJN. "DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD." Primera Sala, abril de 2009. Semanario Judicial de la Federación, registro 167530.

⁶⁸ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. *El derecho a la salud*, folleto informativo N° 31, Ginebra, ONU, 2008, p. 3 y ss.

⁶⁹ Ídem.

⁷⁰ Ídem.

⁷¹ Ídem.

En términos de *disponibilidad*, el Estado se encuentra obligado a ofrecer establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente. La *accesibilidad* se refiere al alcance físico y económico de los establecimientos, bienes y servicios de salud para todos. La *aceptabilidad* se sustenta en la ética médica que fundamenta los servicios de salud, debiendo ser culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida para el respeto de la confidencialidad y lograr la mejora del estado de salud de las personas. Por último, la *calidad* apunta a que desde la perspectiva médica y científica se debe tener personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado, además de garantizar condiciones sanitarias adecuadas.⁷²

Los Estados se encuentran comprometidos a proteger y promover el derecho a la salud, en tanto derecho fundamental, de conformidad con las exigencias definidas en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho consuetudinario a ese plano, en virtud de las obligaciones contraídas a raíz de las firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales por ellos realizadas.

Al respecto, las obligaciones estatales se dividen en tres categorías, *de respetar*, *de proteger* y *de realizar*. La obligación de respetar alude a la abstención del Estado para interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud, mientras la exigencia de proteger refiere la tutela para evitar obstáculos o afectaciones en el goce del derecho, en tanto que el deber de realizar implica la adopción de toda índole de medidas (legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción, entre otras) para la materialización cabal del derecho a la salud.⁷³

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo primero párrafo tercero, la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos del marco legal. Además, el mismo numeral de la Carta Magna, en su párrafo quinto, prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

A continuación se lleva a cabo un análisis lógico-jurídico de las evidencias que obran en el expediente de queja, en contraste con los derechos humanos siguientes:

II. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

⁷² Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observación General número 14.

⁷³ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. Op. cit., nota 22.

**DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS
U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.⁷⁴**

La negligencia, nos dice la Real Academia Española de la Lengua, es el descuido, la falta de cuidado, la falta de aplicación.⁷⁵ De modo que la negligencia médica ocurre cuando un profesional de la salud, al proporcionar sus servicios, comete descuido, falta de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en la actividad profesional médica, es decir, se incurre en defectos al realizar el acto o en omisiones, cuando a pesar del conocimiento de lo que se debe hacer, no se aplica, provocándose un daño.⁷⁶

La negligencia médica es una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*,⁷⁷ la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, sin la garantía de la curación del paciente.⁷⁸

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.⁷⁹

El expediente clínico documenta los servicios médicos proporcionados a los pacientes, es en dicho instrumento donde se observan, evidencian y demuestran, tanto las intervenciones diligentes, como las acciones y omisiones en que incurren los profesionales de la salud.

Con sustento en el conjunto de evidencias reunidas en el expediente del asunto, se pudo establecer que el veinticuatro de julio de dos mil dieciocho, **V** acudió al área de urgencias del Centro Médico Toluca del ISSEMYM, debido a dolor abdominal y evacuaciones diarreicas. A las dieciséis horas con cincuenta y seis minutos, el

⁷⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

⁷⁵ Cfr. RAE. Diccionario de la Lengua Española, voz: negligencia, disponible en: <https://dle.rae.es/?id=QMABIOd> consultado el seis de marzo de 2019).

⁷⁶ Cfr. Choy, GSA. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina, Puebla, OGS, 2002, p. 52.

⁷⁷ Es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

⁷⁸ Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

⁷⁹ Ídem.

paciente (**V**) fue atendido por **SP3**, a quien **V** comentó que dos días antes había recibido atención médica en la Cruz Roja con diagnóstico de colitis.

Es necesario acotar que de acuerdo con el dictamen técnico-médico institucional de la CCAMEM, el tratamiento prescrito en la Cruz Roja no era el indicado para lo que en la propia institución fue diagnosticado, “con el riesgo de enmascarar un cuadro de abdomen agudo”. **SP3** lo encontró con fiebre (37.8 grados centígrados) y taquicardia, ordenando su ingreso a observación. Posteriormente, **V** fue trasladado al área de hospitalización de Cirugía General. Durante su estancia en el hospital y después de que **V** hubiera recibido atención de varios médicos; al reverso de una hoja de indicaciones médicas suscrita por **SP4**, con hora de las diez de la mañana con quince minutos del veinticinco de julio dos mil dieciocho, **SPR1** hizo cambios en el tratamiento establecido por **SP4**, lo cual fue considerado por la CCAMEM como riesgoso, “ante la posibilidad de coadyuvar en el ocultamiento de un cuadro abdominal agudo”. **SPR1** ordenó cambio de antibiótico con ayuno a partir de las veintidós horas, preparando tentativamente al paciente para pasarlo a quirófano al día siguiente o durante el turno nocturno del veinticinco de julio de dos mil dieciocho. Es importante señalar que, de acuerdo con lo expresado por **Q** en su escrito de queja, **SPR1** valoró a **V** después de las quince treinta horas, por lo que la hora especificada al reverso de la hoja de indicaciones médicas, no es coincidente con la cronología de los hechos indicada por **Q**.⁸⁰

Una situación semejante se aprecia en la nota médica de las doce horas con cuarenta y cinco minutos del veinticinco de julio de dos mil dieciocho, también firmada por **SPR1** en la cual se asentó que **V** presentaba datos compatibles con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a un proceso infeccioso abdominal, “con altas posibilidades de tratamiento quirúrgico”, quedando el paciente en observación y programándolo para intervención quirúrgica al día siguiente, a las diez de la mañana.

La programación quirúrgica a las diez horas del veintiséis de julio de dos mil dieciocho también resulta contradictoria con lo mencionado por **SP2**, coordinador quirúrgico del Centro Médico Toluca del ISSEMMYM, en el oficio que signó, donde informó que fue hasta el veintiséis de julio de dos mil dieciocho, cuando se solicitó quirófano para la intervención quirúrgica.

Asimismo, cabe precisar que, desde el ingreso de **V** a hospitalización, al área de cirugía general, de las cuatro horas con cincuenta y seis minutos hasta las veinte horas del veinticinco de julio de dos mil dieciocho, la víctima no fue valorada por médico especialista en cirugía general alguno, ni por residente de esa especialidad, pues no hay evidencia documental en el expediente respecto de su seguimiento y vigilancia durante ese tiempo, lo cual constituye una omisión.

Por otra parte, de conformidad con la valoración efectuada por la CCAMEM, el criterio quirúrgico de **SPR1** debió haber sido “intervencionista” frente a la evidencia de una lesión hepática “establecida en rangos de líquido y hemorragia, que ante la

⁸⁰ Situación que se evidencia en el dictamen de la CCAMEM.

ambigüedad, entre el reporte del ultrasonido y la tomografía, estaba obligado a ordenar un tercer estudio de mayor resolución que permitiera llegar con precisión al diagnóstico, en el que además, ya existían elementos suficientes para considerar el manejo quirúrgico del paciente con fines diagnósticos y terapéuticos; no siendo únicamente un planteamiento, sino una necesidad, derivando en retraso en la atención quirúrgica, habiendo transcurrido veinte horas desde su ingreso al nosocomio, poniendo en riesgo la vida del paciente [...]”.

A las catorce horas con cuarenta y cinco minutos del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** observó a **V** con deterioro de sus condiciones generales, dolor abdominal, dificultad respiratoria, fiebre, taquicardia, entre otros, concluyendo en la consideración de la gravedad del paciente, ante la sospecha de abdomen agudo. **SPR1** solicitó el envío urgente al Hospital Regional Toluca de la misma institución, elaboró hoja de referencia con el diagnóstico, expresando que los familiares no aceptaron el envío, con el argumento de entorpecimiento por retraso en el diagnóstico y terapéutica.

Es importante subrayar que a pesar de lo anotado por **SPR1** en la nota médica que contiene lo antes expuesto, no existe evidencia documental en el expediente, en la cual se haya asentado la negativa del paciente y de sus familiares para el traslado.

A las quince horas del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** solicitó nuevamente sala quirúrgica obteniendo una respuesta negativa. A las dieciséis horas con cuarenta y cinco minutos del mismo veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** pidió otra vez quirófano para intervenir a **V**, recibiendo la misma respuesta que en sus gestiones anteriores. Para entonces habían transcurrido cerca de cuarenta y ocho horas desde la admisión en urgencias de la víctima.

Con base en la valoración técnica médica de la CCAMEM **SPR1** omitió realizar los ajustes en el manejo médico y solicitar valoración por especialistas de Medicina Interna, dada la alteración en los signos vitales de **V**.

El veintiséis de julio de dos mil dieciocho, a las veinte horas con cincuenta minutos, **SPR2** valoró a **V**, describiéndolo con fiebre y dolor en hipocondrio derecho. **SPR2** asentó signos vitales normales, lo cual no concuerda con los registros de enfermería, que como asevera la CCAMEM, son acordes con el estado clínico del paciente. **SPR2** concluyó que dados los datos de respuesta inflamatoria sistémica por una infección abdominal a nivel hepático, era necesario intervenirlos quirúrgicamente, por lo que solicitó sala quirúrgica sin espacio disponible, asentando además que informó de ello a los familiares, no obstante, no existe evidencia documental alguna de que **SPR2** haya considerado alternativas, como pudo haber sido, efectuar el trámite para trasladarlo con urgencia a otro hospital para su oportuna atención, omitiendo también solicitar valoración del paciente por parte de especialistas en Medicina interna y terapia intensiva, dado el evidente descontrol hemodinámico y la respuesta inflamatoria. En ese momento habían transcurrido más de cuarenta y ocho horas desde la llegada de **V** al hospital.

Es importante hacer mención de que después de las veinte horas con cincuenta minutos del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, no existe evidencia documental

del estado clínico y medidas terapéuticas de los médicos responsables del cuidado y vigilancia del paciente, tan sólo existen registros en la hoja de enfermería, donde se pueden observar las alteraciones en sus signos vitales.

A las cero horas con treinta y ocho minutos del veintisiete de julio de dos mil dieciocho, médicos especialistas en Medicina interna, por medio de interconsulta, encontraron a **V** en condiciones de suma gravedad, presentando paro cardíaco, con respuesta favorable a maniobras de reanimación, pero con un segundo evento minutos después. Se declaró el fallecimiento de la víctima a las dos horas con seis minutos del veintisiete de julio de dos mil dieciocho.

La CCAMEM señala que analizando las causas de fallecimiento especificadas en el certificado de defunción:

Se aprecia que las alteraciones orgánico-funcionales atribuibles a la muerte no tienen una causa etiológica determinada, es decir, no fueron manejadas bajo una línea de diagnóstico precisa (acidosis respiratoria: 3 horas, síndrome de dificultad respiratoria: 12 horas, choque mixto: 15 horas, tromboembolia pulmonar: 15 horas) lapsos en el que no se tomaron las medidas terapéuticas necesarias encaminadas a su adecuado manejo y prevención.

De manera que por lo antes expuesto, incurrieron en mala práctica médica los especialistas en cirugía general, **SPR1** y **SPR2** por no apegarse a los protocolos diagnóstico terapéuticos en el manejo de la sepsis, observándose además, un retardo evidente en la toma de decisiones para la intervención quirúrgica de la víctima (**V**), que como afirma la CCAMEM, condicionó “un deterioro paulatino e irreversible en el estado clínico del paciente, estableciendo como causas en el certificado de defunción alteraciones orgánicas y funcionales que en notas, no se documentó hayan sido atendidas en los lapsos señalados desde su aparición culminando con su muerte”.

La suma de acciones y omisiones de los servidores públicos **SPR1** y **SPR2** de ninguna manera fue diligente e integral, por el contrario, se alejó de parámetros de calidad en función del debido cuidado que las instituciones de salud deben proporcionar a las personas con base en los medios de que disponen. Medios dentro de los cuales los recursos humanos son un elemento total para la adecuada prestación de los servicios, y que inciden directamente en la materialización de los derechos humanos.

Con sustento en la evidencia objetiva reunida durante la tramitación del expediente del asunto, se corroboró sin duda que **SPR1** y **SPR2** incurrieron en negligencia médica en perjuicio de **V**, ya que como profesionales de la salud incumplieron el deber que tienen de recurrir a todos los medios y recursos a su alcance para proporcionar una atención adecuada a las víctimas y con ello hacer realidad su derecho a la salud.

Dada la complementariedad, interdependencia, interrelación e indivisibilidad de los derechos humanos, la vulneración del derecho a una atención médica libre de negligencia, devino en la violación del derecho a la vida de **V**.

La vida humana es, dice el ministro Salvador Aguirre, el derecho por excelencia, “el derecho preeminente sin el cual no tienen cabida los demás derechos fundamentales; constituye el presupuesto lógico de éstos”.⁸¹

En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que nuestra Carta Magna “protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues lo contempla como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos”.⁸²

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene la fundamentalidad del derecho a la vida en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de ello, los Estados tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio, y en particular, el deber de impedir que los servidores públicos atenten contra él.⁸³

Por lo tanto, **SPR1** y **SPR2** infringieron también, el derecho a la vida consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5 de la propia Convención Americana; el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica, contemplados en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, consagrado en el numeral XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el derecho a la atención médica de buena calidad, establecido en el principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el propio derecho a la salud consagrado en el precepto 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

III. DERECHO A LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

DERECHO DE TODO SER HUMANO A ACCEDER A LOS ESTABLECIMIENTOS, BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, SIN EXCLUSIÓN Y EN CONDICIONES DE IGUALDAD.⁸⁴

En el contexto de los servicios médicos, este derecho se refiere a la acción de *aproximarse, obtener o llegar* a servicios sanitarios que deben estar disponibles, sin

⁸¹ Cfr. Montoya Rivero, Víctor Manuel, “El derecho a la vida en la Constitución mexicana. Un proyecto luminoso de resolución” en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, México, Número 11, enero-junio de 2009, pp. 247-262.

⁸² Ídem.

⁸³ Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144. Cfr. también: Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78, y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay, supra nota 21, párrs. 186 y 187.

⁸⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 223.

impedimentos para su prestación, ser oportunos en cuanto a tiempo y espacio, además de ser de calidad.⁸⁵

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América define el acceso en salud como el grado en que las personas en lo individual y colectivo, tienen la *capacidad* de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica. En la perspectiva de dicha institución, la efectividad es un elemento importante para el acceso a los servicios de salud, esto es, todos los recursos se conjugan para generar resultados medibles y observables en términos del estado de salud, lo que implica la satisfacción de los usuarios pero también de los prestadores del servicio. Al respecto es importante tomar en cuenta que las acciones relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios tienen repercusiones que trascienden el propio sector salud.⁸⁶

La accesibilidad es, junto con la calidad y la equidad, elemento imprescindible para la cobertura universal de los servicios de salud, estableciéndose entre esos aspectos una estrecha relación que determina el resultado de la prestación de los servicios en un contexto en el cual se dé a cada quien lo que le corresponde, pues la calidad sin acceso es un absurdo, mientras que el acceso sin calidad configura una falta de ética.⁸⁷

Desde el punto de vista de la utilización de los servicios, a la adecuada prestación se suman la accesibilidad física y la aceptabilidad de los mismos; así como la pertinencia y efectividad de los servicios para que las personas obtengan resultados satisfactorios.⁸⁸

De acuerdo con la doctrina, el acceso a los servicios de salud debe ser contemplado al menos desde cuatro dimensiones, a saber: *disponibilidad* de médicos, camas de hospital, equipamiento, **quirófanos**, etc.; *capacidad* de los servicios para ser empleados, a efecto de brindar atención médica equitativa; la *existencia* o no de *barreras* (**personales**, económicas, **organizacionales**, además de sociales y culturales) para el uso de los servicios y en cuanto a los resultados en materia de salud (lo cual implica un acceso óptimo a tales prestaciones).⁸⁹

De conformidad con las evidencias reunidas en el presente asunto, tal como se ha referido previamente, **SPR1** solicitó en tres ocasiones, sala quirúrgica para intervenir a **V**, sin que en ninguna de ellas haya recibido respuesta positiva, además de que **SPR2** lo hizo una vez, con idéntico resultado, lo que a la larga también incidió, junto con otros factores, en la pérdida de la vida de una persona.

Para este Organismo es de la mayor preocupación que en las instituciones de salud del Estado de México, en este caso del ISSEMYM, se carezca de criterios para priorizar la atención de los pacientes de urgencias, donde, tal como afirma la CCAMEM, estaba plenamente justificada su intervención quirúrgica, sobre todo

⁸⁵ Cfr. Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez JP y García Saisó, S. "Acceso efectivo a los servicios de salud" en Salud pública de México, vol. 57, N° 2, marzo-abril de 2015, p. 180 y ss.

⁸⁶ Ídem.

⁸⁷ Ídem.

⁸⁸ Ídem.

⁸⁹ Ídem.

cuando de acuerdo con las documentales de programación quirúrgica que forman parte del expediente del caso, “no presentaban urgencias absolutas”, situación que sólo puede atribuirse a la ineficiencia y desorganización del personal directivo del Centro Médico Toluca del ISSEMYM.

Así, al transgredirse el derecho a la accesibilidad a los servicios de salud de **V**, también se violentaron los numerales 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, inciso d del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.2, inciso b del protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

De igual manera, se contravinieron los artículos: 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2º fracciones V y VI, 23, 26 y 53 de la Ley General de Salud.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Con el propósito de reparar la afectación que sufrió **Q**, en su calidad de víctima de violaciones a derechos humanos, previo consentimiento, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a la víctima la **atención médica, psicológica o tanatológica que corresponda en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, conforme lo establece la **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **IV** apartado **A numeral 1** de la sección de ponderaciones de la Recomendación, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima, procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **IV** apartado **B numeral 1** de la resolución, el ISSEMYM, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación, deberá remitir evidencia respecto de la inscripción de **Q** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. Respecto de la compensación a favor de **Q**, la misma deberá ser cubierta considerando lo descrito en el apartado **B.1**. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

TERCERA. Como **medida de satisfacción** señalada en el punto **IV** apartado **C numeral 1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios deberá **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación:

- c) Remitir por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, para que se agregue a las actuaciones que integran la investigación penal formada con motivo del caso. El escrito de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir los servidores públicos: **SPR1** y **SPR2**, así como su compromiso de coadyuvar con la debida integración de la indagatoria.
- d) Remitir copia certificada de la Recomendación al Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, a efecto de que pueda tomar en consideración sus elementos dentro de la investigación desarrollada en el expediente respectivo.

CUARTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **IV** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluirá el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados, la cual será formalizada por el Director del Centro Médico Toluca, en forma escrita y entregada personalmente en reunión con **Q**, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

QUINTA. Como **medidas de no repetición**, según lo estipulado en el punto **IV** apartado **D** número **1**, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, **esa autoridad deberá generar un mecanismo que permita priorizar la atención quirúrgica de pacientes de urgencias** en el Centro Médico Toluca del ISSEMYM. Lo cual dicha autoridad deberá documentar debidamente.

Por su parte, acorde a lo establecido en el punto **IV** apartado **D** número **2**, del documento de Recomendación, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, la autoridad responsable deberá implementar en el Centro Médico Toluca, las circulares para instruir al personal de la salud sobre la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Hepático Amebiano no complicado. México: Secretaría de Salud, 2014, así como sobre la Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto. México: Secretaría de Salud, 2010.

SEXTA. Igualmente, como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **IV** apartado **D** numeral **3**, con enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica de urgencia, el ISSEMYM como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de

Urgencias del Centro Médico Toluca, así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto IV apartado D numeral 3 de la Recomendación.**

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Jorge Olvera García

CONSEJEROS CIUDADANOS

Luz María Consuelo Jaimes Legorreta
Justino Reséndiz Quezada
Carolina Santos Segundo
Leticia Bravo Sánchez
Verónica Gómez Cerón

SECRETARIA GENERAL

María del Rosario Mejía Ayala

DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Karla López Carbajal

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

Víctor Antonio Lemus Hernández

SECRETARIO PARTICULAR DEL PRESIDENTE

Martín Arriaga Degollado

PRIMER VISITADOR GENERAL

José Benjamín Bernal Suárez

VISITADOR GENERAL SEDE TOLUCA

Víctor Leopoldo Delgado Pérez

VISITADOR GENERAL SEDE TLALNEPANTLA

Tlilcuetzpalin César Archundia Camacho

VISITADORA GENERAL SEDE CHALCO

Mireya Preciado Romero

VISITADORA GENERAL SEDE CUAUTITLÁN

Jovita Sotelo Genaro

VISITADOR GENERAL SEDE NEZAHUALCÓYOTL

Gregorio Matías Duarte Olivares

VISITADOR GENERAL SEDE ECATEPEC

Ricardo Vilchis Orozco

VISITADORA GENERAL NAUCALPAN

María Yunuen Zavala Hernández

VISITADOR GENERAL SEDE ATLACOMULCO

Saúl Francisco León Pasos

VISITADOR GENERAL SEDE TENANGO

Javier Mercado Villanueva

VISITADOR GENERAL DE SUPERVISIÓN PENITENCIARIA

Carlos Felipe Valdés Andrade

DIRECTOR DE LA UNIDAD JURÍDICA Y CONSULTIVA

Erick Segundo Mañón Arredondo

JEFA DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

Sheila Velázquez Londaiz

JEFA DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Guadalupe Elisenda Domínguez Contreras

DIRECTORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHOS HUMANOS

Gabriela Eugenia Lara Torres

Gaceta de Derechos Humanos, órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editado por la Unidad Jurídica y Consultiva, Año XIV, número 212, marzo 27 de 2019.

Dirección

Erick Segundo Mañón Arredondo

Subdirección de Asuntos Jurídicos

Raúl Zepeda Sánchez

Subdirección de Interlocución Gubernamental y Legislativa

Miguel Ángel Caballero Sibaja

Líder "A" de Proyecto

Mario Enrique Rosales Caballero

Líder "A" de Proyecto

Diego Jesús Arizmendi Pérez

Inspector Projectista

Carmen Angélica Casado García

Auxiliar Administrativo de S.P.S.

Lucía Dariana Roldan Ramos

Analista "A"

Jaime Jovani García Garduño

© D.R. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Dr. Nicolás San Juan número 113, colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca México, C. P. 50010, tel (01722) 2 36 05 60. Disponible en: www.codhem.org.mx

Reserva de derechos al uso exclusivo núm. 04-2009-052611285100-109.

Número de Registro del Logotipo: 03-2009-050711425000-01.

La información que se publica es integra de acuerdo a como es emitida por las áreas solicitantes.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.