



Gaceta de derechos humanos



Órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Año XI núm. 148 septiembre de 2016

SUMARIO

Acuerdo relevante del Consejo	1
Asesorías y quejas	1
Recomendación núm. 19 (Expedientes CODHEM/TLAL/CUA/272/2014)	3
Recomendación núm. 20 (Expediente CODHEM/TOL/081/2015)	21
Centro de Información	31

ACUERDO RELEVANTE DEL CONSEJO

Acuerdo 08/2016-23

Se aprueba por unanimidad de votos 12 Instrumentos del *Manual de procedimientos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*.

Acuerdo 08/2016-24

Se aprueban por unanimidad de votos los *Lineamientos para el uso de la sala de lactancia de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*.

Acuerdo 08/2016-25

Se aprueba por unanimidad de votos el *Manual de identidad de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*.

Acuerdo 08/2016-26

Se aprueba por unanimidad de votos la ampliación de la Cobertura de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, para atender los asuntos relacionados con sistema penitenciario, migrantes, así como pueblos y comunidades indígenas.

ASESORÍAS Y QUEJAS

Agosto

En el mes, la Codhem recibió, tramitó y dio seguimiento a quejas, además de proporcionar asesorías jurídicas en diversas materias a personas de diferentes sectores, según se reporta.

Asesorías										Total
VG sede Toluca	VG sede Tlalnepantla	VG sede Chalco	VG sede Nezahualcóyotl	VG sede Ecatepec	VG sede Naucalpan	VG sede Atlacomulco	Secretaría General	Supervisión Penitenciaria	Unidad de Orientación y Recepción de Quejas	
58	205	196	146	284	186	87	16	138	474	1,790



Recepción, tramitación y seguimiento de quejas por Visitaduría General (VG)

	Toluca	Tlalnepantla	Chalco	Nezahualcóyotl	Ecatepec	Naucalpan	Atlacomulco	Supervisión Penitenciaria	Total
Quejas radicadas	135	119	120	88	175	81	43	71	832
Solicitudes de informe	201	159	107	88	187	85	57	117	1,001
Solicitud de medidas precautorias	10	7	5	21	10	6	13	12	84
Recursos de queja	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos de impugnación	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos de reconsideración	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recomendaciones emitidas	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Expedientes concluidos	132	83	129	71	164	62	25	60	726
- Quejas remitidas al archivo	131	82	125	67	153	62	24	57	701
- Quejas acumuladas	1	1	4	4	11	-	1	3	25
Expedientes en trámite*	749	474	299	192	440	109	186	284	2,733

Causas de conclusión**	Número	Total
I. Por haberse dictado la recomendación correspondiente***		1
II. Por haberse emitido una resolución de no responsabilidad		-
III. Por haberse solucionado la queja mediante el procedimiento de mediación y conciliación		37
a) Mediación	2	
b) Conciliación	35	
IV. Por haberse solucionado la queja durante el trámite respectivo		256
V. Por haberse dictado un acuerdo de acumulación de expedientes		25
VI. Por no tratarse de violaciones a derechos humanos		288
VII. Por incompetencia		38
1. Asuntos electorales	-	
2. Asuntos laborales	-	
3. Asuntos jurisdiccionales	1	
4. Consultas que formulen las autoridades, los particulares u otras entidades sobre interpretación de disposiciones constitucionales y legales	-	
5. Casos en que se puede comprometer o vulnerar la autonomía o autoridad moral del organismo	-	
6. Asuntos de la competencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	35	
7. Asuntos de la competencia de organismos públicos de derechos humanos de otro estado	2	
VIII. Por existir alguna causal de improcedencia, en términos de los artículos 61 y 69 de la ley correspondiente		64
a) Quejas extemporáneas	-	
b) Quejas notoriamente improcedentes	64	
IX. Por desistimiento del quejoso, ratificado ante el organismo		17
Total		726

* Incluye expedientes en trámite de años anteriores y hasta el 31 de agosto de 2016.

** Incluye expedientes de años anteriores

*** El expediente de queja CODHEM/NEZA/486/2015 derivó en dos Recomendaciones (07/2016 y 08/2016).

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN 19/2016*

* Emitida a la directora general del Instituto de Salud del Estado de México el 29 de agosto de 2016, 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. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 70 fojas.

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/TLAL/ CUA/272/2014**, 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 existieron elementos que comprobaron la violación a derechos humanos¹ atento a las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El nueve de octubre de dos mil catorce, **V** fue referida de su clínica regional, al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylán, con 36-37 semanas de gestación y antecedente de *cordón umbilical circular al cuello* del feto. El veintitrés de octubre, acudió a revisión perinatal y fue atendida en el servicio de urgencias por los médicos internos de pregrado, quienes le dieron cita abierta a urgencias.

Según las constancias que integraron el expediente clínico, el veintinueve de octubre del propio año, a las once cuarenta y cinco horas, se le valoró en *triage* obstétrico con actividad uterina presente; en la hoja de hospitalización registrada a las doce cuarenta horas se agregó ruptura prematura de membranas; a las

¹ El nombre de la agraviada y demás personas relacionadas se citaron en anexo confidencial, y en el cuerpo del presente documento se identificaron con una nomenclatura.

catorce horas, la nota de ingreso señaló además, trabajo de parto en fase latente.

La monitorización fetal inició a las quince treinta horas del veintinueve de octubre por SPR1, a las dieciocho treinta horas se administró oxitocina ante la falta de evolución en la dilatación.

A las seis treinta horas del treinta de octubre de dos mil catorce, SPR2 asentó: producto en segundo plano, fase activa y de acuerdo al registro del partograma, la paciente se encontró con 10/100 en la dilatación y borramiento; tras dieciocho horas de trabajo de parto no se advirtió solicitud alguna para estudio de gabinete.

A las ocho horas con once minutos del treinta de octubre, SPR3 ordenó la práctica de la maniobra de *Kristeller* sobre la agraviada; el producto de la concepción nació con circular de cordón simple apretada, así como líquido meconial dos cruces.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de ley al secretario de Salud del Estado de México, y se recibió por conducto del representante legal del Instituto de Salud del Estado de México; se solicitó la colaboración de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad, se recabaron las comparecencias de los servidores públi-



cos involucrados, personas relacionadas con los hechos y se efectuaron las visitas de inspección detalladas.

PONDERACIONES

Violación al derecho a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, al derecho a una atención médica libre de negligencia, al derecho a recibir un trato digno y respetuoso, violación al derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica, al derecho a otorgar el consentimiento válidamente informado

I. PREÁMBULO

El derecho a la protección de la salud entraña no sólo el cuidado del bienestar del cuerpo humano, sino la posibilidad de llevar a cabo todos los procesos naturales para los que se encuentra dispuesto, bajo la certeza de que no representarán un riesgo a la integridad corporal o a la vida.

La capacidad para ser madre de la mujer debe ser cuidada por todos los medios posibles al alcance del Estado, como un derecho reconocido de manera específica a ella —el 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.

Por lo tanto, la forma en que las instituciones de salud conciben la calidad en este servicio para brindar atención a las mujeres embarazadas facilitará las 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; adicionalmente, se les otorgue la atención profesional y diligente que requieran, lo que por otra parte, es indispensable para erradicar cualquier acto de violencia contra ellas, entendida como maltrato físico o psicológico en el ámbito hospitalario.

De ahí, que la responsabilidad de las instituciones consista en cumplir con la obligación que les atribuye la ley para actuar de manera cuidadosa y esmerada en la atención obstétrica, atendiendo los postulados de la ciencia médica; así como en el deber de establecer acciones positivas que visibilicen la inminencia de que las actividades médicas sustantivas de los servidores públicos se vinculen al acto único de dar a luz y se alejen del patrón cultural que permite verlo como un suceso cotidiano que, en el extremo refleje rasgos que deshumanizan al personal que labora en el sector.

Así, la legislación que propugna por una política pública en que la aplicación de las normas tenga una perspectiva de género, debe encontrar en el ámbito de los servicios de salud un campo práctico que permee en los profesionales responsables de ejecutarlas.

Como lo dispone el artículo 61 de la Ley General de Salud que señala la condición de vulnerabilidad en que se encuentran la mujer y el producto de la concepción, y 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 requiera; y se robustece con lo establecido por el artículo 61 Bis del propio ordenamiento legal, que determina el derecho de la mujer embarazada a obtener servicios de salud con estricto respeto a sus derechos humanos.

El hecho natural del parto exige al servidor público actuar con el máximo valor ético y profesional a fin de privilegiar la atención a la mujer, la que no debiera enfrentar condiciones adversas en el momento que requiere disponer de entornos favorables a la circunstancia trascendente de vida que le acontece.

Para lo cual, es menester entender por condición de vulnerabilidad, el estado de indefensión y sometimiento en que se encuentra la

mujer embarazada respecto a las decisiones que en función de su experticia pongan en práctica los médicos en una unidad de salud; se halla, sobre todo en los hospitales públicos del sector salud en una situación de soledad y fragilidad tal, que depende exclusivamente de la prudencia, diligencia y atención del personal médico y de enfermería; desde que ingresa, mientras permanece, preponderantemente en el parto y durante el periodo inmediatamente posterior a él.

Entonces, corresponde a las autoridades encargadas de organizar y proveer los servicios de salud, concretamente en las especialidades de ginecología y obstetricia; impulsar, promover y practicar un trato digno, respetuoso, humano, personalizado a la madre; a fin de acompañar y facilitar el alumbramiento en condiciones de salud seguras.

De este modo, el acceso a los servicios de salud para las mujeres, en especial aquellas que se encuentren gozando de embarazo y en trabajo de parto, compromete a la autoridad para hacer efectivo el derecho a la protección de su salud en los aspectos de seguridad física, bienestar psicológico, libertad sexual, integridad corporal y de vida.

Finalmente, relativo a las políticas públicas tratándose de libertad sexual, éstas no deben interferir en el derecho a elegir el método de anticoncepción más conveniente, como la anticoncepción inmediata después del parto; según la orientación médica previa, a través de un consentimiento válidamente informado, en el que medie un trato digno y respetuoso. Todo 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.

Disposiciones constitucionales congruentes con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer (Convención de Belém Do

Pará),² 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; en tanto 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.

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*,³ al tenor de los siguientes rubros:

II. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

ES EL DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE SE LE GARANTICEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LOGRAR SU BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL; A TRAVÉS DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD QUE LE ASEGUREN EL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.

Como lo previene la fracción X del artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, corresponde a la Secretaría de Salud, asegurar que en la prestación de los servicios del sector sean respetados los derechos humanos de las mujeres.

En tanto que, el artículo 2.16. del Código Administrativo del Estado de México distingue entre los servicios de salud que presta en materia de salubridad general, el de atención materno infantil; así como la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

² Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer (Convención de Belém Do Pará), adoptada y abierta a la firma y ratificación o Adhesión, por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su 24º periodo ordinario de sesiones del 9 de junio de 1994, en Belém Do Pará, Brasil. Fue firmada por México el 4 de junio de 1995 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1999.

³ Delgado Carbajal Baruch y María José Bernal Ballesteros (coords.), *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2015.



Mientras que, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, en su artículo 27 Quarter, obliga a la Secretaría de Salud a desarrollar programas que fomenten la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio o en emergencias obstétricas, e instrumentar políticas transversales para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica.

De la misma forma, el Reglamento de Salud del Estado de México, en el capítulo relativo a la prestación de los servicios de salud en su artículo 13, para los efectos del derecho a la protección de la salud, considera servicios básicos los referentes a la atención materno infantil y contempla, en el artículo 32, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Este ordenamiento, en su numeral 18 garantiza que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, seguras y de calidad idónea, a recibir atención ética y responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares. Preceptos que no sólo constituyen la referencia obligada para conceptualizar y atender la política pública de transversalización en cuestiones relativas a la salud de la mujer, en las que se involucra a diferentes dependencias y entidades de la Administración Pública en todos los órdenes de gobierno; también se refieren a la obligación de ejecutar planes, programas y acciones coordinadas y conjuntas; así como a la práctica de procesos y procedimientos en los servicios asistenciales, tendentes a cristalizar una perspectiva de género con un enfoque integral en materia de salud ginecobstétrica; además, comprenden los postulados de respeto a los derechos humanos en el trato médico, hasta la organización y vigilancia de las actividades que se desarrollen para atender cuestiones de salud ginecobstétrica, libres de violencia.

A. DE LA REFERENCIA

En el caso de **V**, ante la noticia de su embarazo decidió afiliarse para gozar los beneficios del seguro popular y como ella misma lo expresó, disfrutar de las posibilidades que ofrecían los servicios de salud pública. Las consultas durante las treinta y seis semanas de embarazo se atendieron

en el sistema, el nueve de octubre de dos mil catorce obtuvo la referencia del centro de salud urbano de San Martín Tepetlixpan, al Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”; unidad hospitalaria a la que se presentó el veintitrés de octubre a las once treinta horas para revisión perinatal, donde fue atendida por médicos internos de pregrado quienes elaboraron su historia clínica y durante el interrogatorio sobre sus antecedentes ginecobstétricos establecieron embarazo de 38.6 semanas de gestación, otorgándole cita abierta a urgencias.

De la historia clínica general, no se desprendió información que detallara si los médicos realizaron la exploración abdominal necesaria en estos casos, conforme a los procedimientos que dispone el numeral 5.1.6 la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio,⁴ la cual señalaba que en las consultas prenatales se debía valorar el riesgo obstétrico, el crecimiento uterino y el estado de salud del feto; tal como lo distingue el considerando nueve y la conclusión tercera del peritaje técnico-médico institucional realizado por la Comisión Conciliación y Arbitraje Médico del Estado, agregado al expediente que se resuelve, en que se señalaba que los internos de pregrado cuando valoraron a la paciente, al omitir asentar los datos relativos a esa exploración abdominal, incumplieron con la Norma en cita.

A la par dejaron de anotar en la historia clínica y en el expediente en general, que la paciente llegó con una solicitud de estudio de gabinete del nueve de octubre de dos mil catorce e interpretación del veintiuno del mismo mes, en que se registró el antecedente de circular de cordón al cuello fetal, dato de singular importancia que debió ser tomado en cuenta por el personal médico y de enfermería del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, durante las veintiuna horas y media aproximadamente, que duró el trabajo de parto, desde las once horas con cuarenta

⁴ En vigor al momento de los hechos. El siete de abril de dos mil dieciséis se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la vigente Norma Oficial Mexicana: NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

y cinco minutos del día veintinueve, en que se recibió a la agraviada, hasta las ocho horas del treinta de octubre de dos mil catorce, en que se dio el alumbramiento.

Lo cual implicó que la autoridad responsable dejara de observar los parámetros establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, que en el numeral 6. Señala que tratándose de consulta externa, el expediente debería contar con: historia clínica, integrada por la información que arroje el interrogatorio, los datos que proporcione la exploración física, un diagnóstico y tratamientos.

En ese primer momento de atención médica, la agraviada careció de las condiciones necesarias que le garantizaran su bienestar físico a través de un servicio de calidad que asegurara el más alto nivel posible de salud.

Esto, en razón de que no se realizó anotación de la relevante condición física del feto, con la recomendación relativa para estudios subsecuentes o que sirviera de advertencia al momento de atender el suceso del parto.

III. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS OPORTUNOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD, RESPETANDO EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

A. DEL INGRESO Y TRATAMIENTO

Al filo de la media noche, entre el veintiocho y el veintinueve de octubre de dos mil catorce, **V** acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán” debido a que presentó dolor tipo obstétrico y expulsión del tapón mucoso, momento en que la médico que la atendió encontró inicio de actividad uterina, dejó cita abierta a urgencias, y registró nueva valoración en seis u ocho horas.

Lo que coincide con la manifestación de **V**, quien refirió que ese día, le hizo saber a la médica que la atendió sobre la pérdida de tapón mucoso desde una semana atrás y que en ese momento presentó salida de fluidos sin saber si se trataba de orina o líquido am-

niótico, lo cual aquella no valoró pidiéndole volver en ocho horas más.

A las once treinta horas del veintinueve de octubre, la hoja de *triage* marcó que la paciente regresó con actividad uterina presente; sin embargo, no se realizó la correspondiente nota de valoración médica, misma que constituiría uno de los procedimientos necesarios para el manejo adecuado del paciente y el plan de tratamiento subsecuente, ya que describe la evolución y actualización del cuadro clínico; una omisión que aborda la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico en la conclusión cuarta del peritaje técnico médico institucional emitido en análisis del caso a requerimiento de este Organismo, y que contravino lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Es oportuno adicionar que conforme al criterio sostenido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el expediente clínico adecuadamente integrado sirve de instrumento guía en el tratamiento médico y es fuente de conocimiento de la situación del enfermo; además, constituye un documento del que puede desprenderse la responsabilidad procedente; resalta que su deficiente integración, la falta de normas éticas y reglas de buena práctica, deben valorarse en atención a sus consecuencias, para establecer el incumplimiento de obligaciones.⁵

En el asunto que nos ocupó, del informe rendido por el representante legal del Instituto de Salud del Estado de México, concretamente del resumen clínico se obtuvo que **V** presentó ruptura prematura de membranas a las diez horas, y según la hoja del partograma, el gineco-obstetra SPR3 prescribió antibiótico a base de ampicilina y gentamicina, e indicó su ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica.

Las documentales agregadas al expediente que se resolvió mostraron que a las catorce horas fue valorada por la médico SPR1, quien asentó datos relevantes como: movimientos fetales, salida de líquido transvaginal a las trece horas, e ingreso al área de conducción para trabajo de parto.

⁵ Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas.



Por otra parte, el peritaje técnico médico institucional emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad hizo notar la diferencia entre la información asentada por los médicos SPR1 y SPR2, y la relacionó con la *Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, 2010*, que define a la ruptura prematura de membranas como la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

El documento señaló las recomendaciones médicas en estos casos, las que consisten en realizar estudios de laboratorio para descartar cualquier tipo de infección, tomar constantemente la temperatura, detectar el pulso materno y frecuencia cardíaca fetal por lapsos de cuatro a ocho horas; esto porque el rompimiento de membranas interfiere de forma inmediata en funciones vitales que ponen en riesgo la integridad del feto:

... el manejo de la ruptura prematura de membranas, resulta fácil en embarazos de término pues una vez evaluada la historia clínica materna, la edad gestacional, la presentación fetal, las condiciones cervicales, el índice de Bishop (Faltin-Traub EF, 2004) y corroborando el bienestar fetal, previa valoración de aplicación de antibioprofilaxis, se interrumpe la gestación por la mejor vía, para cada caso. La evidencia de trabajo de parto, infección intrauterina, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, y compromiso fetal y/o materno es indicación absoluta de la interrupción de la gestación sin importar la edad gestacional...

Las constancias que se obtuvieron durante el procedimiento de investigación evidenciaron que esta circunstancia no se tomó en consideración por los médicos; a mayor abundamiento, conforme a lo asentado en el expediente clínico, según registros de hoja anexa al *partograma*,⁶ hasta las quince horas

⁶ Representación gráfica de la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto; monitoriza no sólo la evaluación del trabajo de parto sino también a la madre y al feto durante el trabajo de parto; incluye diferentes variables como frecuencia cardíaca fetal, dilatación del cuello uterino, contracciones y frecuencia del pulso de la madre, representadas gráficamente en un papel impreso. oms (Organización Mundial de la Salud), Biblioteca de salud

con treinta minutos, inició la monitorización materno-fetal.

De manera relevante, esta defensoría constató que de las documentales que integraron el expediente que se resolvió no se desprendió anotación alguna que estableciera la altura de la presentación del producto, la cual pudo determinar el personal médico a la palpación abdominal;⁷ datos que se consideraron suficientes e importantes para detectar y manejar oportunamente la aparición de complicaciones como las relacionadas con alguna anomalía en el cordón umbilical, desproporción cefalopélvica y malformaciones, entre otras, tal como lo puntualizó el peritaje emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado.

Conforme a la opinión autorizada contenida en el considerando nueve del peritaje técnico médico institucional, al dejar de realizar estos registros la institución recomendada a través de su personal médico dejó de ajustarse a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,⁸ Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, incumpliendo con ello lo establecido en su numeral 5, que se refiere a la atención a la mujer durante el embarazo, concretamente al control del trabajo de parto que debe incluir 5.4.2.1: *la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos*.

Para este Organismo adquirió importancia el hecho de que el personal médico facultado para la atención en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", iniciara la administración de *oxitocina* a las dieciocho treinta horas por lenta evolución en la dilatación del cuello uterino, sin tomar en consideración el

reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/es/, consultada el uno de agosto de dos mil dieciséis.

⁷ Secretaría de Salud, "Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo", México, Secretaría de Salud, 2014.

⁸ En vigor al momento de los hechos. El siete de abril de dos mil dieciséis se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la vigente 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.

antecedente agregado al expediente clínico sobre el cordón umbilical circular al cuello; situación médica que también dejó de asociarse a la pérdida de líquido referida desde las diez de la mañana, anotada a las trece horas, y con la ruptura prematura de membranas, aunado al tiempo prolongado sin presentar dilatación; hasta ese momento transcurrían aproximadamente siete horas desde el ingreso de la paciente.

En esta tesitura, la atención médica integral no pudo concebirse sin la posibilidad de contar con un expediente clínico formado según los estándares establecidos y que sirven al adecuado procedimiento en las unidades de salud; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico*, en sus apartados 5.9 y 5.10 determina que todas las notas que lo integren deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien las elabora; deberán expresarse en lenguaje técnico médico sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

La ausencia de rigor en este procedimiento originó una carencia de atención ajustada al padecimiento y por lo tanto, la falta de un tratamiento oportuno que satisficiera las necesidades de salud del paciente; como se pudo establecer de los registros sobre el trabajo de parto, los que se realizaron de manera irregular, pues en algunos no se asentó el nombre del médico que los efectuó, y en otros, los datos asentados eran ilegibles, o contenían abreviaturas.

Mientras que, de la hoja de la Unidad Tocoquirúrgica, fechada el veintinueve de octubre de dos mil catorce, se contemplaron diversos registros respecto a la contractilidad uterina que presentaba **V**, de cuyos lapsos se obtuvo que el personal médico dejó de brindarle monitorización adecuada y oportuna, encontrándose un periodo hasta de dos horas con veinticinco minutos sin supervisión; desde las cuatro cincuenta hasta las seis cuarenta y cinco de la mañana del treinta de octubre, omitiendo con ello, lo prescrito en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, en su punto 5.4.2.1:

La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; aspecto que resaltó la tercera conclusión emitida por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico, en su peritaje técnico-médico institucional.

Vicios de forma y fondo que representaron omisión de cuidado al anotar la información elemental del expediente, evidenciaron que el personal médico eludió la responsabilidad que representó su contenido y el compromiso que adquiere para actuar en relación a la salud del paciente; e impactaron de modo sustancial y directo en las decisiones que en consecuencia se generaron.

Esto es así, porque al observar los registros asentados en la hoja del partograma, se advirtió que desde las cuatro horas con cincuenta minutos del día treinta de octubre, **V** se encontraba con dilatación y borramiento del cien por ciento; en la nota de entrega de guardia de las seis treinta horas, el ginecobstetra SPR2, la encontró en trabajo de parto en fase activa, a la exploración frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix con nueve centímetros de dilatación y borramiento del 100%, líquido amniótico claro, pelvis útil, producto en segundo plano de Hodge, con variedad occipito anterior izquierda y se esperaba parto en breve.

Es decir, aún sin que los médicos hubieran advertido todos los antecedentes anteriormente descritos y contenidos en el expediente clínico, mismos que exigieron una intervención inmediata, adecuada a las necesidades de la agraviada; en este lapso para la atención médica, desde las cuatro horas con cincuenta minutos, al momento de la entrega de la guardia del treinta de octubre a las siete horas, se colige que dispusieron del tiempo suficiente para que en uso de sus conocimientos profesionales y prácticos, notaran que era necesario recurrir a elementos auxiliares para establecer un diagnóstico congruente con el caso concreto, como realizar ultrasonido obstétrico para verificar el bienestar fetal, determinando alternativas como interrumpir el embarazo de manera oportuna vía abdominal, dado que el pro-



ducto de la concepción no había descendido en el plano durante las más de veinte horas de trabajo de parto.

Lo que permitió afirmar que hasta ese momento la atención médica que recibió la agraviada distaba mucho de ser diligente e integral, se alejaba de los parámetros para ser considerada de calidad, entendiéndose como tal, la debida proporción que la institución de salud tiene que otorgar al usuario, conforme a los medios de que dispone, y puede medirse a través de la infraestructura creada, los recursos materiales destinados, el presupuesto asignado y, particularmente por los recursos humanos con que contaba para prestar el servicio; pero, principalmente por la capacidad que éstos últimos demuestran para resolver los problemas médicos que presenten las personas, lo que es fundamental para determinar si se cumple la función de las dependencias del sector, e incide directamente en el respeto a los derechos humanos de los pacientes.

De la comparecencia rendida ante esta Comisión, por el personal médico adscrito en ese entonces al Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, se desprende que, el ginecólogo y obstetra SPR2 cubrió la guardia del veintinueve de octubre de dos mil catorce, desde las diecinueve horas y hasta las siete horas del día siguiente, treinta de octubre, a su servicio correspondía la monitorización y protocolización del trabajo de parto de **V**, tal como lo describió el segundo peritaje técnico-médico institucional.

Era responsabilidad del servidor público examinar las condiciones físicas de la paciente; conforme al expediente clínico, revisar las anotaciones relevantes; así como los estudios que aportaran información necesaria y suficiente para proveer y prever dentro de sus capacidades, la atención médica atinente, libre de riesgos, que privilegiara diligentemente la salud de la ahora agraviada y del producto de la concepción. En su turno debió brindarse el seguimiento adecuado a la aplicación de oxitocina a las dieciocho horas, así como la vigilancia y monitoreo a las repercusiones que tendría si el producto continuaba sin descender, considerar el cordón umbilical al cuello y la pérdida de líquido por la ruptura de membranas documentada desde las diez de la mañana de ese día; además de la dilatación

completa que presentó la paciente desde las cuatro horas con cincuenta minutos.

B. DEL PARTO

Finalmente, de acuerdo con la nota de atención de trabajo de parto, a las ocho horas del treinta de octubre de dos mil catorce, **V** ingresó a la sala de expulsión; aproximadamente tres horas con diez minutos después de alcanzar nueve centímetros de dilatación y borramiento del cien por ciento.

Para este momento, **V** no presentaba actividad uterina o contracciones, a lo que el médico SPR3 estableció ausencia de reflejo de pujo por agotamiento materno; ante la circunstancia, solicitó al médico interno de pregrado MR, realizar la maniobra de Kristeller —proscrita en la atención del parto por sus múltiples complicaciones y riesgos tanto para el producto como para la madre—, sin tomar en cuenta que el producto de la gestación se encontraba abocado al segundo plano de Hodge ni el antecedente de circular de cordón umbilical al cuello.

Conforme a lo señalado en la nota de atención signada por el médico SPR3 y MR, a las ocho horas con once minutos, se obtuvo producto único, flácido, con Apgar de 0/0, el cual se entregó al pediatra para maniobras de reanimación. Se observó placenta incompleta, líquido amniótico meconio dos cruces en extremidades inferiores; cordón umbilical circular de cordón a cuello simple apretada, a descartar malformaciones cardíacas de producto.

Por otra parte, en el certificado de defunción se describió como causas del fallecimiento: asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio y circular de cordón umbilical a cuello que contribuyó a la muerte.

De las constancias del expediente formado con motivo de la atención médica brindada a **V**, se desprende que SPR3 fue el médico de base en turno responsable en el momento del parto y quien solicitó al interno de pregrado ejecutar la maniobra de Kristeller; de esa actuación se obtiene que aquél tomó decisiones sin llevar a cabo la consulta al expediente clínico para cuidar debidamente a la paciente en las circunstancias particulares que presentaba, o considerar la falta de descenso

del producto y el circular de cuello apretada, exponiendo así, la integridad física del feto y de la madre.

Ahora bien, el médico adscrito SPR3 manifiesta en su comparecencia ante este Organismo que el médico MR, residente del cuarto grado fue quien atendió el parto de V. Esta Comisión de Derechos Humanos precisa que la institución responsable, Instituto de Salud del Estado de México no puede pasar por alto que se trataba de un médico en formación, a quien no se debía delegar la realización de procedimientos médicos sin la supervisión, guía y orientación adecuada, en virtud de que se encontraba en proceso de capacitación académica y práctica profesional; tal acción constituye una falta de cuidado en la prestación del servicio.⁹

En efecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, en el numeral 11, de las obligaciones de los médicos residentes, específicamente en el punto 11.4, resalta que deben participar durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a indicaciones y a la asesoría de médicos adscritos a la unidad médica receptora.

IV. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

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

Por consiguiente, el actuar con la debida diligencia en las actividades que corresponden al ejercicio de una profesión si no es exclusivo de la ciencia médica, sí constituye uno de los ámbitos más perceptibles por las personas que requieren los servicios de un médico cuando la atención que brinda no se apega a estándares razonables aprobados por la *lex artis* de la materia, los que se contienen

⁹ CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos), Recomendación General 15/2009, emitida el 23 de abril de 2009 sobre el derecho a la protección de la salud, México, CNDH.

en los diferentes instrumentos normativos, guías, manuales y protocolos de actuación médica. A este efecto, es ilustrativo el criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que introduce un concepto de la práctica legal en medicina:

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.¹⁰

¹⁰ SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación), Tesis: 1.4o.A.91 A (10a.), *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, décima época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito, libro XXV, tomo 3, octubre de 2013, p. 1891.



Criterio que en el caso concreto aplicó porque los médicos responsables de la atención otorgada a **V** en el Hospital General de Tlalnepantla *Valle Ceylán*, del Instituto de Salud del Estado de México se abstuvieron de emplear todos los recursos a su alcance para garantizar un resultado final positivo; ya que puede establecerse que existió falta de compromiso que originó atención inadecuada, carente de oportunidad; mala integración del expediente clínico; así como desfavorable práctica médica al realizar la maniobra de Kristeller —que como se refirió en el peritaje técnico médico institucional emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado constituye una práctica proscrita en la actualidad—; con ello propiciaron un daño determinante para la vida del producto de la concepción y un quebranto permanente a la integridad física y psicológica de **V**.

Es menester señalar que, sin diluir la responsabilidad de cada servidor público en la toma de decisiones, existió una obligación institucional a cargo de la autoridad responsable para supervisar que, el personal con funciones señaladas en la norma para atender a las personas realizara acciones positivas que impactaran en un servicio esmerado y cuidadoso obedeciendo a la premisa del máximo beneficio al menor riesgo.

Lo que en la situación particular no sucedió, pues el acto médico que se cuestionó a la autoridad consistió en una serie de omisiones y ausencia de concatenación en cada uno de los antecedentes clínicos de la paciente con sus síntomas, la monitorización de la contractibilidad uterina y el seguimiento a la dilatación, así como a la administración de oxitocina, el trabajo de parto, en relación con el no descenso del producto de la concepción, el que presentaba condiciones especiales que lo hacían digno de recibir un trato adecuado a su necesidad médica. Todo lo cual fue desatendido por la institución responsable a lo largo de las veintidós horas que transcurrieron desde que se valoró en *triage* a la agraviada, hasta el momento del nacimiento.

Así, la autoridad a cargo del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, a través de sus servidores públicos, dejó de atender la continuidad del acto médico definido con relación al enunciado que establece el artículo 32 de

la Ley General de Salud, como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; situación que no es aislada, y que fuera objeto de análisis en resoluciones anteriores dirigidas al Instituto de Salud del Estado de México en las Recomendaciones 06/2015 y 17/2016; por lo que esta Comisión de Derechos Humanos exhorta a los responsables para que en ejercicio de las atribuciones legalmente conferidas, además de normalizar y estandarizar la práctica de la medicina en las unidades médicas dependientes, realicen labores de supervisión y evaluación constante en el desempeño del personal adscrito para que el servicio público encomendado se lleve a cabo en la conciencia de su trascendencia humana y social.

Demanda exigible a todas las instituciones del sector salud en la generalidad de los casos, pero que, en este asunto cobra especial relevancia en razón de que existió —conforme a los peritajes emitidos por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado, legalmente facultada para ello en términos de lo dispuesto por el artículo 2.26 del Código Administrativo del Estado de México—, la posibilidad de ofrecer a la paciente y al nuevo ser una atención oportuna y apropiada a la necesidad de salud que ambos presentaban; concibiendo a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, conforme a lo preceptuado en el artículo 1º bis del mismo ordenamiento legal.

En el contexto descrito en este documento de Recomendación se concluyó que en los servicios de atención médica que se proporcionó a **V** existió negligencia; entendida como la ausencia de la debida diligencia en el servicio para el que el personal médico que la atendió estaba facultado y capacitado; esto, con base en las siguientes razones: 1. la mala integración del expediente clínico; aunada a las, 2. omisiones en que incurrieron los internos de pregrado que llevaron a cabo la exploración física el veintitrés de octubre de dos mil catorce; 3. la falta de cuidado de la médico **SPR1** al dejar de asentar la nota de valoración médica inicial, no tomar en cuenta la ruptura de membranas ni revisar el estado en que llegaba el feto, las condiciones de riesgo del embarazo y próximo alumbramiento.

to, la prescripción y administración de oxitocina sin el seguimiento constante; 4. la negligencia en el registro de las contracciones uterinas como lo recomienda la Norma Oficial Mexicana, sin tomar en consideración que el producto no descendía a pesar del tiempo transcurrido y el medicamento suministrado, ocurrida durante el turno nocturno entre las diecinueve horas del veintinueve, y las siete horas del treinta de octubre de dos mil catorce, bajo la responsabilidad del médico **SPR2**, la falta de atención al lapso en que **V** permaneció con dilatación del cien por ciento desde las cuatro cincuenta hasta las siete horas en que concluyó el turno, sin que se determinara su ingreso a sala de expulsión; 5. en el momento del parto, la práctica de la maniobra de Kristeller proscrita por las consecuencias documentadas sobre sus efectos negativos en el feto y en la madre, que a la postre fue determinante para la pérdida de la vida en el producto de la concepción de acuerdo a lo señalado por el peritaje técnico médico institucional de la Comisión de Arbitraje Médico.

V. DERECHO A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD LE OTORGUEN ATENCIÓN MÉDICA CON RESPETO A SU DIGNIDAD Y DE CONFORMIDAD A SUS CONVICCIONES PERSONALES Y CULTURALES.

Por otra parte, este Organismo consideró que uno de los deberes primordiales de las dependencias del ramo consiste en ofrecer un servicio con absoluto respeto a la individualidad y esencia de los pacientes, en que se brinde una atención médica con calidez y calidad, que conceda el valor inherente al ser humano como sujeto de respeto, poseedor de derechos relacionados con el servicio que solicita, concibiendo que, conforme a lo dispuesto por el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es su obligación promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En tratándose de la atención médica ginecobstétrica, el personal médico que se desempeñe en las instituciones de salud cumplirá con los

postulados que el marco jurídico garantiza a la mujer, bajo el reconocimiento Constitucional del derecho a la protección de la salud contemplado por el artículo 4º; en armonía con lo que observa el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que, en su artículo 12.1. destaca el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; con relación a lo dispuesto por la fracción X del artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que determina la obligación de la Secretaría de Salud para asegurar que en la prestación de los servicios sean respetados los derechos humanos de las mujeres; y, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 61 y 61 bis de la Ley General de Salud; que norman la base de la atención médica para la mujer durante el embarazo, parto, post parto y puerperio, para protegerla en función de la condición de vulnerabilidad en que se encuentran ella y el producto, lo que debe realizarse en estricto respeto a sus derechos humanos.

De los preceptos invocados se obtuvo que el comportamiento de los profesionales de la salud mientras mantuvieron contacto con la paciente distó de proteger al binomio materno infantil, por el contrario, las conductas de acción y omisión expusieron su salud y en el caso del feto, repercutió en la pérdida de la vida.

A causa de lo expuesto y por las razones que siguen, este Organismo consideró que en perjuicio de **V** se vulneró el:

VI. 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.

Puesto que, **V** precisó ante esta Comisión la forma en que fue tratada mientras permaneció en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", al que acudió por necesidades de salud y atención ginecobstétrica, detallando que:



... se acercan dos internos una vez más me hacen dos cuestionarios iguales uno detrás de otro, uno de los internos me pide que firme una hoja en blanco para aprobar la cesárea [...] también me pide que elija un método de anticoncepción [...] nunca me explica en qué consisten, yo le pregunto si es obligatorio y me dice que si no lo firmo no me admitirán en el hospital [...] pienso que son médicos en formación y que tiene poco criterio, el solo pregunta como un robot, cuantas parejas sexuales, fecha del inicio de relaciones sexuales, con que has tenido control, es como si no pensara, dice que si no elijo no me admitirán...

... este médico sólo me realiza este tacto antes de mi parto, pero durante el curso de la estadía se la pasa preguntando si en verdad tengo ruptura de membranas desde la 1 am, me hace sentir incómoda, nunca dice que miento, pero en sus comentarios, hace referencia constante a la hora que yo menciono y pregunta si es cierto. Él se refiere a las demás pacientes de manera despectiva e hiriente, “¡Ay, señora, pues claro que le va a doler; ay, señora, se tiene que aguantar; ay, señora, por favor no grite; ay, señora, por favor cálese que asusta a las demás, etc.”, tiene un trato indolente hacia las pacientes.

... mandan llamar a un familiar y sube mi mamá. Se acerca la doctora **SPR1**, y mi mamá la escucha decir “¡Ah!, Ahí viene la mamá de la chillona, espérame déjamela a mí le dice a la otra doctora”. Le dice que soy “no colaborativa y que estoy poniendo en peligro a mi bebé y a las otras pacientes, que no puedo hacer eso, que me quiero bajar de la camilla y que me quiero ir de la clínica”. Mi mamá le dice a la doctora que ella apela a su humanidad y que comprenda que es mi primer embarazo, le dice que porque no me hacen una cesárea o me dan algo o me ponen la “raquea”, que ya llevo un día con contracciones [...] ella dice que en ese hospital no hay tratos especiales [...] hacen que mi mamá firme un documento para reportar mi “mal” comportamiento, que si me quiero ir me puedo ir, siempre y cuando les firme una responsiva y consiga una ambulancia y consiga otro médico...

... Me quedo sumisa y quietecita durante la noche por temor a que lastimen a mi bebé [...] El médico que llegó se “asoma” y me dice que se ve la cabeza, aunque no sé qué tan cierto sea, dicen que es pelirroja y yo pensando en la línea genética no dis-

tingo si es un chiste o qué [...] Me siento como despojada de voluntad otra vez, me hacen episiotomía y maniobra de Kristeller porque [...] no desciende, hay una persona a la que le dicen que la realice, él pues es quiropráctico, entre risas y palabras lo hacen, pero el pide que no lo pongan en el expediente [...] alcanzó a ver a mi bebé [...] Me ponen el DIU y me sacan de la sala [...] después salen dos internas con mi bebé envuelta en una cobija azul y me dicen que “hicieron todo lo posible”...

Afirmaciones que se robustecieron con lo señalado por **PR1** quien, en comparecencia ante este Organismo y con relación a la forma en que **V** fue atendida en el Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, manifestó que:

... aproximadamente a las diecinueve horas con cuarenta minutos me llamaron creo que era la sala de partos, ahí en la entrada la doctora **SPR1**, muy enojada y prepotente, me dijo “su hija está muy renuente al tacto, se quiere ir, yo soy la responsable del área de ginecología, necesito que me firme que ya está enterada que su hija rechaza que le hagamos el tacto, se quiere levantar para irse” yo le contesté que no veía nada, mi hija estaba acostada llorando, me hacía señas de que nos fuéramos, pero la doctora me dijo que si me la llevaba era bajo mi responsabilidad de lo que pudiera pasarle o al bebé, yo le ofrecí disculpas por el comportamiento de mi hija, sin que me constara lo que la doctora me dijo [...] le pedí que le adelantara el parto, y como respuesta recibí “no señora aquí no hacemos lo que ustedes quieren, si no lo que nos dice el protocolo médico” mi reacción fue decirle entonces que le van hacer, y me respondió que cuando llegara a 7 de dilatación tomarían la decisión [...] me dio una hoja a cuadros en blanco, es decir, no tenía anotaciones, de mi puño y letra asenté la leyenda “me informan que mi hija no permite la revisión física, se para de la camilla poniendo en riesgo su vida y la del bebé [...]”

De acuerdo con la reciente reforma local, el Código Penal del Estado de México¹¹ define los elementos para configurar la violencia obstétrica en que puede incurrir el personal médico de las instituciones de salud cuan-

¹¹ Artículo 276, Libro Segundo del Código Penal del Estado de México, publicado en la Gaceta del Gobierno del Estado de México el tres de septiembre de mil novecientos noventa y nueve.

do se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio o emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos por medio de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Describe además que comete esta conducta cuando no atiende o no brinda atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.

Bajo este criterio y acorde a lo razonado en el apartado II. de la Recomendación 18/2016 emitida por esta Comisión de Derechos Humanos a la propia autoridad responsable, Instituto de Salud del Estado de México, relativo al concepto de daño al paciente, se estableció la premisa fundamental que consiste en la práctica médica por un profesional de la salud que ejerce como servidor público facultado por la norma, que actúa bajo estándares conocidos y reconocidos según el caso evitando riesgos innecesarios y procurando la curación.

Cuando el servidor público médico vulnera este deber de atención por una conducta de acción u omisión que generó un cambio negativo en el estado de salud del paciente y que pudo preverse o evitarse, causando un detrimento o menoscabo en su condición corporal, adquiere responsabilidad que deviene de la confianza depositada por el enfermo y es correspondiente con la atención oportuna y adecuada al padecimiento. De esta manera, la conducta distante del deber ético y profesional, produce un daño cuya dimensión en la reparación es indefinida.

Por otra parte, el maltrato puede conceptualizarse como la forma de tratar mal a alguien y sucede al exteriorizar un modo de hacer, de decir o de conducirse en relación al otro. Cuando se dirige de un prestador de servicios en una institución de salud hacia el paciente que acude para solucionar un problema médico se genera una consecuencia de derecho porque la conducta deriva de un deber conferido por la profesión y la norma en directa proporción con la expectativa del paciente.

De este modo, y atendiendo también a que la Organización Mundial de la Salud, se ha pronunciado respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros

de salud, en la Declaración sobre la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato Durante la Atención del Parto en Centros de Salud,¹² reconoce que las mujeres son especialmente vulnerables en el parto, momento en que se presenta humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, violaciones flagrantes de privacidad, negligencia durante el parto; acto y conductas que constituyen en vulneración a derechos humanos.

Comportamiento de los profesionales de la salud que también resultó contrario a lo que contempla la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem do Pará que en su numeral 1, establece que debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Disposiciones que son congruentes con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que, en su artículo 18 establece lo que debe considerarse como violencia institucional, y la hace consistir en aquellos actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Por lo que consciente de que los esfuerzos interinstitucionales para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia y el maltrato contra las mujeres, concretamente en el ámbito de aplicación de políticas públicas en materia de atención médica específica a la mujer durante el embarazo y en el momento del alumbramiento, corresponden a las autoridades del sector pero también en el ámbito de su competencia y atribuciones

¹² OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014), disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, consultado: el cinco de agosto de dos mil dieciséis.



a este Organismo Público, a fin de contribuir al conocimiento, sanción, reparación, y no repetición; considera que, la responsable debe tomar todas aquellas medidas necesarias tendentes a constatar el debido cumplimiento del deber ético y profesional en las unidades de atención médica que integren su responsabilidad.

VII. DERECHO A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

DERECHO DE TODO SER HUMANO A MANIFESTAR SU CONSENTIMIENTO EXPRESO, LIBRE E INFORMADO SOBRE TODA INTERVENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA QUE REPRESENTA UN RIESGO A SU SALUD; PUEDE REVOCARLO EN CUALQUIER MOMENTO Y POR CUALQUIER MOTIVO.

Por último, este organismo público autónomo no es ajeno a las prácticas nocivas que se presentan en unidades médicas del sector público como la que refirió la agraviada cuando señaló que fue objeto de presión sin explicación para firmar el documento que autorizara la elección de un método de anticoncepción so pena de no permitirle el acceso al hospital, lo que constituyó una forma de violencia obstétrica permitida o tolerada por la institución.

Más aún, cuando los servidores públicos le colocan un dispositivo mecánico como el DIU para la anticoncepción, sin preguntar si ese era su deseo, sin tomar en cuenta que no había sido informada del fallecimiento de su bebé y sin considerar que en un periodo post-traumático podría desear un embarazo terapéutico o un proyecto de vida que podrían condicionar con la decisión ejecutada.

Toda vez que, según la literatura especializada, la violencia obstétrica comprende dos modalidades la física, que se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico; y la psicológica, que se demuestra con el trato deshumanizado, grosero, discriminante, humillante, o cuando la mujer solicita asesoría, requiere atención, o en el transcurso de una práctica

obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.¹³

Esta Comisión de Derechos Humanos consideró que al romperse los valores señalados en el cuerpo de esta resolución se vulneró el derecho a la protección integral de la salud de **V**, si entendemos que existe violencia obstétrica cuando la mujer embarazada es juzgada, atemorizada, vejada, lastimada física, emocionalmente y no es respetada en sus decisiones; sobre todo, cuando se le ha causado un daño irreparable, como en este caso, en que se propiciaron y no se atendieron circunstancias que generaron la muerte del producto de la concepción.

VIII. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Conforme a lo dispuesto en el artículo 109 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,¹⁴ con relación con los numerales 1, 7, 26, 62 fracción I, 73 fracción V, 74 y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; así como en el artículo 13 fracciones II, IV y V, de la Ley de Víctimas del Estado de México; atendiendo al hecho y circunstancias de la vulneración expuesta, en función de que su determinación y el seguimiento a su cumplimiento constituyen un medio para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las mujeres a un trato digno por parte de los prestadores de servicios de salud, a fin de colaborar en la institucionalización y transversalización de la perspectiva de género, se consideran aplicables:

A. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

En términos del artículo 46, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé como

¹³ Cfr. Medina, Graciela, "Violencia obstétrica", *Revista de derecho y familia de las personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre, 2009.

¹⁴ Artículo modificado con las reformas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de mayo de 2015, y que al momento de los hechos correspondía al diverso 113 constitucional, el cual refiere que: "La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes".

atribución de la Secretaría de Salud a través de las instituciones del sector, brindar de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas, en este caso de vulneración a derechos humanos; con relación a lo dispuesto por los artículos 2.4 y 2.5 del Código Administrativo del Estado de México en materia de salud y, entendiendo la rehabilitación con base en lo preceptuado por el artículo 13 fracción II de la Ley de Víctimas del Estado de México como aquella medida que busca facilitar a la víctima resolver los efectos sufridos por causa de una violación a derechos fundamentales,¹⁵ según los parámetros incluidos en el artículo 62 de la Ley General de Víctimas, se determina:¹⁶

A.1. ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

De conformidad con lo establecido en la Ley, el Instituto de Salud del Estado de México, previo consentimiento expreso, deberá otorgar o facilitar a **V**, la atención psicológica y tanatológica que requiera, la cual se proporcionará por personal profesional especializado, de forma inmediata y continua hasta su total recuperación física, psíquica y emocional, a través de un adecuado seguimiento, atendiendo a sus necesidades de género para ayudar a resolver el proceso de duelo relativo a la muerte del producto de la concepción.

IX. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un espacio accesible para la víctima, tomando en cuenta su lugar de residencia, ofreciéndole información previa, clara y suficiente. El tratamiento durará el tiempo que establezca el profesional tratante e incluirá la provisión de medicamentos que fueren necesarios.

La medida, previo el consentimiento correspondiente, se hará extensiva a su núcleo familiar primario PR1, PR2 y Q, afectados por la situación de vulneración. Para cumplir este requerimiento podrá auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca esos servicios y se encuentre en un radio de alcance conveniente para las personas señaladas, según su lugar de residencia.

¹⁵ Publicada en la *Gaceta del Gobierno* el 17 de agosto de 2015.

¹⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013.

A.2. ATENCIÓN MÉDICA

El Instituto de Salud del Estado de México, previo consentimiento informado, brindará de inmediato atención médica ginecológica a **V** para determinar su estado físico reproductivo y asegurar que sus condiciones de salud sean acordes con su proyecto de vida familiar.

B. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

B.1. APLICACIÓN DE SANCIONES

Toda vez que el veintinueve de junio de dos mil dieciséis, el órgano de control interno dictó resolución en el procedimiento administrativo disciplinario CI/ISEM/QJ/029/2015 para amonestar a SPR1, así como destituir e inhabilitar a SPR2, y SPR3 por el término de cuatro años; con las copias certificadas de la misma y de esta Recomendación, el Instituto recomendado deberá dar vista al Ministerio Público a fin de que atienda los aspectos que a su competencia correspondan, respecto a la probable responsabilidad penal de los servidores públicos sancionados; debiendo documentar ante este Organismo la forma en que da cumplimiento a la determinación de su Contraloría, y de la manera en que realiza la vista requerida.

B.2. PROCEDIMIENTOS

Además, considerando los argumentos vertidos en los apartados I al VII de este documento, a fin de constatar que los profesionales de la medicina ginecobstétrica que laboran en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán" poseen la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para el ejercicio de la práctica médica, con antecedente en lo requerido al propio Instituto de Salud del Estado de México en las recomendaciones 26/2015, 17/2016 y 18/2016, y con fundamento en lo establecido en el Libro Tercero, Título Tercero *Del Ejercicio Profesional*, artículos 3.31 y 3.33 del Código Administrativo del Estado de México, la autoridad responsable deberá solicitar a todo su personal médico y de enfermería en los servicios de ginecología y obstetricia, acredite la calidad profesional que ostenta, para lo cual deberá calendarizar la exhibición de las constancias con que lo comprueben, a fin de corroborar que se encuentran facultados para el desempeño de la profesión en la licenciatura o especialidad que tienen registrada.



C. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

C.1. PREVENCIÓN PARA EVITAR ACTOS DE VULNERACIÓN

Con la finalidad de garantizar el respeto de los derechos humanos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral oportuna y libre de negligencia, así como para proteger el derecho de la mujer a no ser sujeta a violencia obstétrica y, consecuentemente, preservar y cuidar la vida humana procurando las mejores condiciones para su nacimiento y previniendo posibles vulneraciones subsecuentes; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo razonado en los apartados V, VI y VII, de esta Recomendación, y bajo la supervisión del coordinador de salud, conforme a las atribuciones que a él le concede el artículo 16 del Reglamento Interno del propio Instituto, se ocupará de que el personal residente en capacitación o actualización colabore en la prestación del servicio público de salud bajo la dirección y guía constante del personal médico de base, también se encargará de que en ningún momento actúe o tome decisiones sin estar sujeto a la supervisión suficiente del personal médico de base, acorde a lo que dispone el procedimiento dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

C.2. PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A NORMAS

A fin de establecer la metodología que auxilie el seguimiento adecuado del acto médico para que éste cumpla con su naturaleza de proteger, preservar y prolongar la vida, evitando todo acto que pueda generar violencia obstétrica, el Instituto de Salud del Estado de México, a través de su coordinador de salud, vigilará que por conducto del área competente se emita una circular dirigida a todo el personal del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, en la que se indique la exigencia de observar los procedimientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico para dar seguimiento puntual a las notas relativas al estado de salud de los pacientes, donde se establezca que cada servicio debe atenderlas y enlazarlas desde el ingreso de la paciente a la unidad médica, con la obligación de relacionarlas a los estudios clínicos, de laboratorio y de gabinete a fin de dotar de

oportunidad a la atención médica en cada una de sus fases.

C.3. CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS¹⁷

Por otra parte, la autoridad responsable deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos-talleres en materia de respeto a derechos humanos con perspectiva de género, específicamente en la atención libre de violencia y la salud reproductiva de las pacientes, el cual contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local en torno al principio de protección de la salud, con especial énfasis en la comunicación de los servidores públicos a través del expediente clínico; y para que el personal médico se conduzca privilegiando el deber de cuidado, así como los principios de protección, preservación y prolongación de la vida de las personas, con especial interés a la atención que merece la mujer en condición de embarazo y próximo alumbramiento, evitando que se generen prácticas que puedan incidir en actos de violencia obstétrica; interactuando de manera permanente y constante para conocer y reconocer el estado de salud de las pacientes en los servicios involucrados con la atención ginecológica y obstétrica; priorizando la información e indicaciones que se asienten en el expediente clínico, evitando en todo momento la práctica de maniobras y técnicas no autorizadas o riesgosas para la integridad corporal o la vida.

El programa será dirigido a los médicos y enfermeras del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, involucrando a los médicos residentes y de pregrado que se encuentran en formación académica y práctica, particularmente a los servicios relacionados con la atención ginecológica y obstétrica, el programa deberá contener: el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos; debiendo constatar que llevaron a cabo un intercambio multidisciplinario de opiniones

¹⁷ El artículo 74 fracción VIII de la Ley General de Víctimas, contempla como medidas de no repetición la capacitación en materia de derechos humanos.

y discutieron la forma en que priorizarán las notas del expediente clínico, su contenido y trascendencia.

El contenido temático de los cursos-talleres deberá incluir observancia de 1. La vigente 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*; 2. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico*; 3. La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas*; la autoridad se cerciorará de que los cursos-talleres integren un contenido temático para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y se impartan por personal calificado con experiencia en derechos humanos de las mujeres embarazadas.

En virtud de que del texto recomendatorio se derivan acciones y omisiones que tienen relación directa con una ausencia de visión con perspectiva de género, en un área de atención al público por definición para la mujer, se recomienda a la autoridad responsable Instituto de Salud del Estado de México, a través de su coordinación de salud, lleve a cabo las gestiones necesarias con el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social para que con su apoyo, asesoría y dirección se establezca el programa de capacitación aludido, se defina su contenido temático, y se calendarice su impartición, con la finalidad de atender la problemática planteada y evitar acciones de repetición.

III. RESPONSABILIDADES

En consecuencia, de lo expuesto en el texto de esta resolución se considera que al Estado, a través de la autoridad responsable le corresponde cumplir con obligaciones de carácter progresivo, en este caso de índole administrativo, de reparación y de supervisión para dar plena efectividad al derecho indicado.¹⁸

¹⁸ SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación), SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO, Tesis aislada en materia constitucional, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, décima época, libro 12, tomo I, noviembre de 2014.

Por los actos documentados se advierte la responsabilidad de los médicos **SPR1**, **SPR2** y **SPR3**, que intervinieron en el caso de **V**, al incumplir sus obligaciones de debida diligencia y cuidado así como no practicar su seguimiento personalizado dando continuidad al acto médico, en perjuicio de otorgar una atención médica integral de calidad que privilegiara la condición de la paciente y la vida del producto de la concepción. De tal manera que con su actuar contravinieron lo establecido en los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y lo reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos principalmente; así como lo previsto en los artículos 42 y 43 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

Por lo que, la autoridad recomendada, Instituto de Salud del Estado de México, supervisará el cumplimiento de la resolución dictada por el órgano de control interno en el procedimiento administrativo disciplinario bajo el expediente CI/ISEM/QJ/029/2015 a fin de que las sanciones determinadas por las responsabilidades administrativas a: SPR1, amonestación; a SPR2 y SPR3, destitución e inhabilitación por cuatro años; se impongan cabalmente. Además, dará vista a la institución que ejerce el Ministerio Público, la Procuraduría General de Justicia del Estado para que se avoque al conocimiento de la situación jurídica en el ámbito de su competencia.

Con base en los argumentos expuestos, de manera respetuosa, este organismo público autónomo formula a la directora general del Instituto de Salud del Estado de México, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para atender de manera inmediata las medidas de reparación que determina esta Recomendación, en primer término la rehabilitación física y psicológica de **V**, con base en los argumentos descritos en el apartado VIII A de ponderaciones, previo su consentimiento, se le otorgue la atención médica, psicológica especializada y de tanatología necesaria, que sirva a los fines de reparación del daño sufrido y tienda a la restauración de su salud física y mental. En similares térmi-



nos la dirigida a atender la afectación sufrida en las personas de PR1, PR2 y Q.

Para lo cual, el Instituto presentará la agenda de citas acordadas con los especialistas para la atención y seguimiento personalizado al tratamiento que se determine. Recomendación que debe ser atendida de manera inmediata y de la que deberá documentarse el cumplimiento.

SEGUNDA. Para atender la medida de satisfacción determinada en el apartado VIII B de esta Recomendación, ordene por escrito a su órgano de control interno remita a esta Comisión la copia certificada de la resolución dictada en el expediente CI/ISEM/QJ/029/2015 por la que se sancionó a los servidores públicos SPR1, SPR2 y SPR3, y que documente ante este Organismo su debido cumplimiento.

De igual modo, con copia certificada anexa de esta resolución, y con la que recayó al procedimiento administrativo deberá dar vista por escrito al procurador general de Justicia del Estado para que, en ejercicio del Ministerio Público lleve a cabo las diligencias que estime procedentes al conocimiento de los hechos en el ámbito de su competencia. Deberá enviar a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Derivado de las violaciones a derechos humanos, que han sido acreditadas, atribuidas a los servidores públicos SPR1, SPR2 y SPR3 ordene por escrito y verifique que se cumpla con lo dispuesto en los artículos 3.31 y 3.33 del Código Administrativo del Estado de México, y solicite a todo el personal médico y de enfermería que labora en los servicios de ginecología y obstetricia del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”, acredite la calidad profesional que ostenta.

Para lo cual deberá presentar un informe en el que se detalle la forma en que se requirió a cada profesional de la salud que acreditara que se encuentran facultados para el desempeño de la medicina en la licenciatura o especialidad que tienen registrada; así como los documentos que aportaron para comprobar

la calidad profesional que ostentan; lo cual será supervisado por el coordinador de salud del Instituto. En ambos casos, enviará a este Organismo los documentos que acrediten el cumplimiento.

CUARTA. Para privilegiar el respeto de los derechos humanos a la protección de la salud, a recibir una atención médica integral y diligente, al derecho de la mujer a no ser sujeto de violencia obstétrica; a través de la autoridad médica competente, supervisada por la coordinación de salud del Instituto, de acuerdo a lo expuesto en el apartado VIII C, emita una circular dirigida a todo el personal del Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán” en que se ordene observar los procedimientos establecidos en la vigente 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*; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico*; Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas*; con especial énfasis en la actuación de médicos residentes en capacitación o actualización. De lo cual deberá enviar a esta Comisión el soporte documental que avale su cumplimiento.

QUINTA. Según lo determinado en el apartado VIII C, con la colaboración y apoyo del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social deberá diseñar y ejecutar, un programa de cursos-talleres de formación continua, cuyo objetivo consista en sensibilizar a los médicos adscritos al Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán” en el conocimiento y alcances del principio de protección de la salud de las pacientes en condición de embarazo, durante el parto y puerperio, en los servicios de ginecología y obstetricia, privilegiando la información e indicaciones que se asienten en el expediente clínico, por ellos y por los servicios de interconsulta, en el entendido que todos son responsables del cuidado de la paciente y de la diligencia en su atención. Hecho lo cual deberá remitir las constancias que lo documenten ante esta Comisión.

* Dirigida a la directora general del Instituto de Salud del Estado de México el seis de septiembre de dos mil dieciséis, por violación al derecho a una atención médica libre de negligencia. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 45 fojas. Los nombres de las víctimas se citaron en anexo confidencial, y en el cuerpo del presente documento se identificarán con una nomenclatura.

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/TOL/081/2015**, 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 existieron elementos que comprueban la violación a derechos humanos de **V**, atento a las consideraciones siguientes:

COMPETENCIA

Este organismo público autónomo emite el presente documento de Recomendación en términos de lo dispuesto por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 1, 2, 13 fracciones: I, III y VIII, 28 fracción XIV, 99 fracción III, 100, 103 y 104 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El once de diciembre de dos mil catorce **V** ingresó al Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” con un embarazo de veintinueve semanas. No obstante, del ultrasonido realizado a la quejosa se derivó que el producto carecía de frecuencia cardíaca, motivo por el cual, el doce del mismo mes y año se practicó la extracción y el cadáver quedó a disposición del nosocomio de mérito para determinar las causas de la muerte en el servicio de patología. Así, días después la agraviada regresó para conocer los resultados del estudio patológico, siendo notificada que el óbito fetal había sido extraviado.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México; en colaboración se requirió peritaje técnico-médico institucional a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad; se recabaron las comparecencias de diversos servidores públicos y médicos residentes; se realizaron visitas al hospital involucrado y a la

institución del Ministerio Público, además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas.

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

La práctica médica es resultado de la aplicación de conocimientos y técnicas adquiridas a través del estudio de la medicina, ciencia cuyas bases modernas establecen procedimientos perfectamente definidos que deben ser utilizados por el profesional de la salud, y de las cuales puede asistirse frente a las problemáticas propias para tratarlas de forma racional, experta y acorde a los principios que fija la *lex artis* médica.

Ahora bien, el acto médico implica un seguimiento al paciente, que ha depositado la confianza de ver atendida y restablecida su salud a través de los servicios sanitarios, por lo que es determinante 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.

Al respecto, el marco jurídico de nuestro país ha transitado hacia una regulación de actos y conductas de las personas sobre la base del respeto a la dignidad humana y el reconocimiento de los derechos humanos. En consecuencia, los actos médicos involucran medidas y decisiones que inciden en una amplia gama de derechos fundamentales, siendo su basamento la protección de la salud.

II. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.¹

¹ Delgado Carbajal, Baruch F. y María José Bernal Ballesteros (coords.), *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2015, p. 169.



El médico, como servidor público, está obligado a cumplir con una atención 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.²

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 causó el daño), los cuales son indispensables para su configuración.³

Por lo anterior, 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 y que incida directamente en su encomienda, como lo es la protección de la salud, produce una vulneración a derechos fundamentales y, en consecuencia, producirá un daño difícil de reparar.

En el caso concreto, **V** acudió al Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” a practicarse un estudio de ultrasonido relacionado con el embarazo de veintinueve semanas que cursaba, el cual permitió diagnosticar óbito fetal que requería de la extracción del producto de la gestación, procedimiento que se efectuó el doce de diciembre de dos mil catorce; y autorizándose después la realización de la necropsia, la cual no se llevó a cabo al extraviarse el cadáver del óbito fetal por la conducta deficiente y desapegada a la *lex artis* del personal médico actuante.

² Cfr. MacDonald Mhairi, Ramasethu, Jayashree, *Atlas de procedimientos en neonatología*, México, Editorial Médica Panamericana, 2005, p.4.

³ Cfr. Darnell, Connie y Christine Michel, *Notas Forenses*, traducción de Rosaura Leonor Lugo Espinosa, McGraw Hill, México, 2013, p. 86.

En primer término, el personal médico pudo identificar con base en la diagnosis la muerte fetal intermedia que acaeció en el embarazo de **V**,⁴ lo cual ameritó atención obstétrica. No obstante, el producto óbito de la gestación no fue sometido a la correspondiente necropsia, por lo que pueden determinarse las siguientes responsabilidades:

A. Acto médico de S.P.R.

El médico **S.P.R.** fue el responsable directo del evento obstétrico practicado a **V** el doce de diciembre de dos mil catorce, asistido de **M.R.R.**, por lo cual, como profesional tratante, debía asegurarse de que el cadáver sería sujeto al procedimiento correspondiente, que en el caso era la realización de la necropsia.

Así, se pudo determinar que **S.P.R.** intervino quirúrgicamente a **V**, asistido de **M.R.R.** con un diagnóstico de muerte fetal intermedia;⁵ asimismo, que el galeno elaboró la autorización de estudio del óbito fetal, por lo que en consecuencia debía practicársele la autopsia correspondiente, lo cual no aconteció.

Por lo anterior se configuró una omisión del médico tratante, al colegirse que el galeno no dio tratamiento adecuado al cadáver producto de la gestación, e influyó en su extravío, impidiendo así la realización de la necropsia, lo que constituye una vulneración a derechos fundamentales, al afectar la dignidad de **V** y transgredir su derecho a la verdad sobre las causas que motivaron la muerte del producto.

⁴ 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, publicada el siete de abril de dos mil dieciséis, define en su punto 3.11 a la defunción, fallecimiento o muerte fetal, como la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

⁵ Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de Salud, la Muerte fetal intermedia es la producida de 20 a 27 semanas de gestación. OMS (Organización Mundial de Salud), *Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo*, (resolución WHA3.6), Ginebra, 1969, pág. 127.

Al respecto, se pudo determinar que la actuación del galeno **S.P.R.** careció de **profesionalidad**, al no dar seguimiento a los procedimientos que derivaban de la atención médica que proporcionó a **V** como médico tratante.

Es indudable que mediante el acto médico, el facultativo realiza una toma de decisiones responsables, que requieren de la aplicación invariable de las técnicas instituidas en la práctica clínica, lo cual ha sido abordado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA. El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Consecuentemente, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.⁶

Sobre el particular, es evidente que aun cuando **S.P.R.** fue el médico responsable del evento quirúrgico, y obtuvo la autorización para disponer del óbito del producto de la gestación a efecto de que se efectuara la correspondiente necropsia, no concretaría el procedimiento, el

⁶ SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación), Tesis Aislada: 2002441. 1a. XXV/2013 (10a), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Primera Sala, décima época, libro XVI, tomo I, enero de 2013, pág. 621.

cual requería de la asistencia de un acto médico indirecto para culminar la atención clínica del asunto; no obstante la ausencia de diligencia produjo el extravío del cadáver.

Con base en la evidencia se puede determinar que **S.P.R.** fue el médico especialista en ginecología y obstetricia que atendió a **V**, realizó la extracción del óbito fetal y elaboró la hoja de autorización de necropsia, lo cual colma el requisito de profesionalidad previsto en la Ley General de Salud:

Artículo 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

En consecuencia, como galeno tratante, correspondía a **S.P.R.** asumir la obligación de actividad, diligencia y prudencia y constatar que el Servicio de Patología recibiría el cadáver para que procediera a efectuarse la autopsia, acto médico que también debió ceñirse a lo estipulado por el artículo 51 de la Ley General de Salud:

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Así, el servicio brindado no fue de calidad, pues **S.P.R.** no cumplió con sus obligaciones, y transgredió los derechos de **V** al propiciar el extravío del cadáver. Por ende, con base en la opinión especializada de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, la negligencia de **S.P.R.** **se configura al no dar tratamiento de cadáver al óbito fetal.**

En contexto, de la investigación efectuada por este Organismo se colige que la responsabilidad de disponer del cadáver se depositó en **M.R.R.**, médico residente, además, esta práctica resulta recurrente pues el médico tratante permite que los médicos residentes sean quienes culminen el acto médico y se



responsabilicen de dar seguimiento al procedimiento de necropsia clínica, lo cual dista de ser un acto médico éticamente responsable.

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana **NOM-001-SSA3-2012**, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas,⁷ en su punto 4.4 define al médico residente de la forma siguiente: "... el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo..."

En correlación, el punto 4.9 de la **NOM-001-SSA3-2012**, establece la definición de residencia médica: "... **conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación** que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes".

Consecuentemente, **bajo ninguna circunstancia el médico residente puede realizar procedimientos y funciones propias de un médico tratante, a quien sí le es exigible el ejercicio de actividades profesionales.** En el caso concreto, se infiere que **S.P.R.** en conjunción con **M.R.R.** dispusieron del cadáver del feto sin realizar los actos médicos que les correspondían, lo cual originó su extravío.

Más aún, acorde a la evidencia, **S.P.R.** no siguió el protocolo de estudios de necropsias relacionados con el tratamiento de un feto, toda vez que delegó a **M.R.R.** dicha responsabilidad sin cerciorarse de que se llevara a cabo el procedimiento que correspondía dar al cadáver hasta que fuera recibido por el servicio de anatomía y patología.

A mayor precisión, se documentó en evidencia la siguiente obligación de un médico residente, acorde a reglamento interno de los médicos residentes:

... en caso de que **exista algún espécimen quirúrgico o productos para laboratorio o patología** de alguna de las operaciones, el residente de menor jerarquía que participó será el responsable de entregarlo antes de 24 horas correctamente etiquetado,

⁷ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el cuatro de enero de dos mil trece.

solicitud correspondiente y así mismo se encargará de recopilar el resultado e informarlo [...].

No obstante, **el caso concreto no se trataba de una muestra quirúrgica, sino de un cadáver fetal**, el cual, acorde a lo determinado en el peritaje técnico médico institucional, **debía ser trasladado en tiempo y forma al obituario o al anfiteatro del nosocomio** para preservarlo **en tanto le hacían la necropsia.**

Más aún, esta defensoría de habitantes advierte la importancia de que en los nosocomios dependientes del Instituto de Salud del Estado de México armonicen las disposiciones que hacen referencia a las residencias médicas para que las actividades del médico en formación sean supervisadas correctamente, así como se les asignen las funciones establecidas en la normatividad que no excedan las responsabilidades que le sean encomendadas.

En suma, posterior a la extracción del producto de la gestación, **S.P.R.** no dio continuidad a los procedimientos clínicos que derivaban del evento obstétrico, y se limitó a elaborar la autorización de estudio del óbito fetal, delegando a **M.R.R.** la función de embalaje, etiquetado y traslado de dicho producto al servicio de patología para el subsecuente análisis que se llevaría a cabo.

Por lo anterior, los profesionales de la salud deben prestar atención médica con sujeción a estándares reconocidos como válidos por la ciencia médica y por la *lex artis ad hoc*; es decir, de acuerdo con las condiciones bajo las cuales se ejecute un acto médico por parte de un profesional de la medicina, tales como las características especiales de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia que representan para el paciente, así como de otros factores que son externos, como el estado e intervención del paciente, de sus familiares o bien de la institución sanitaria, por lo que la suma de todos estos factores harán factible la calificación de dicho acto conforme a la técnica normal requerida.⁸

⁸ SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación), LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA, Tesis Aislada (Administrativa): 2004722. I.4o.A.92 A (10a.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tribunales Colegiados de Circuito, décima época. libro XXV, octubre de 2013, pág. 1819.

A mayor precisión la literatura especializada ha resaltado la importancia de la autopsia clínica, técnica que pretende conocer las causas de muerte humanas, siendo la necropsia perinatal el grupo que estudia cadáveres comprendidos en el periodo perinatal, en el cual se considera también a un feto.⁹ Por tanto, el producto debía considerarse como un cadáver.

Asimismo, la vulneración tuvo como consecuencia la ausencia de registro del caso clínico mediante acto médico documental,¹⁰ acorde a la conclusión del peritaje médico, toda vez que **S.P.R.** no realizó la nota de muerte fetal ni el respectivo certificado, en inobservancia a la normativa siguiente:

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico¹¹

10.5. Notas de defunción y de muerte fetal. Deberá elaborarla el médico facultado para ello.

Ley General de Salud

Artículo 350 BIS-6.- Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal.

En el caso en concreto, la ausencia de profesionalidad se evidencia en el momento en que **M.R.R.** es quien refiere practicar el procedimiento de embalaje del óbito fetal sin la correspondiente supervisión de **S.P.R.**, quien era el médico tratante y responsable directo de la actividad que el residente realizara, omisión que originó el extravío del cadáver y la imposibilidad de darle el adecuado destino final, así como la imposibilidad de conocer las circunstancias que acompañaron el hecho a través del acto médico documental establecido en el correspondiente certificado de muerte fetal, lo cual vulneró la dignidad de **V.**

⁹ Pardo Mindán, F.J., *Anatomía Patológica*, Madrid, Editorial Harcourt, 1996, p. 14.

¹⁰ Se conceptualiza al acto médico documental como aquel complementario al acto médico directo y su importancia legal estriba en su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso, como es el caso del certificado médico, el cual tiene como objeto acreditar el fallecimiento y determinar las causas del mismo. *Cfr.* Duque Ramírez, Luis Guillermo y Humberto Rubio Vanegas, *Semiología médica integral*, Colombia, Universidad de Antioquia, 2006, p.28.

¹¹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el quince de octubre de dos mil doce.

B. ACTO MÉDICO INSTITUCIONAL

El derecho a la protección de la salud encuentra una amplia gama de exigencias jurídicas a las que se sujetan tanto particulares como el Estado, siendo este último quien adquiere una responsabilidad bien definida al poseer una serie de obligaciones positivas; es decir, deberes de hacer frente a las personas; asegurándose de proporcionar la asistencia médica y sanitaria que le es legítimamente requerida.

En ese orden de ideas, los hospitales deben caracterizarse por brindar una asistencia médica adecuada, siguiendo los protocolos y los procedimientos que han sido establecidos y ratificados por la literatura médica, así como la investigación científica, ofreciendo así un servicio que cuente no sólo con la calidad y eficiencia, sino también con el respeto a los derechos fundamentales.

Debe acotarse, que el peritaje técnico médico solicitado por este Organismo determinó responsabilidad institucional de las autoridades que dirigen el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, toda vez que no existe un protocolo documentado para la cadena de custodia y resguardo de cadáveres en la Unidad Tocoquirúrgica, lo cual influyó en el extravío del óbito fetal.

Ahora bien, personal de este Organismo realizó una visita al nosocomio referido, en la cual se advirtieron deficiencias relativas al cuidado que se le asigna a piezas o muestras quirúrgicas, y peor aún, a cadáveres u óbitos fetales.

Al respecto, se pueden determinar las condiciones en que se encuentra la Unidad Tocoquirúrgica, a través de la comparecencia de galenos adscritos al servicio, como se advierte a continuación:

... las muestras se guardan en esta caja que tenemos aquí pero [...] es una caja nada más, no cuenta con un candado ni acceso de seguridad porque esto tiene que estar abierto para los diferentes turnos [...] en esta caja es donde procedemos a poner las muestras [...] no tenemos lugar donde colocarlas [...] ese es el sitio que tengo ahorita de resguardo [...] no contamos con resguardo seguro...



Lo anterior no sólo denota una falta del debido cuidado respecto de los cadáveres sino también una contravención en lo establecido por la Ley General de Salud en su artículo 349, el cual refiere: “El depósito y manejo de cadáveres deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud”.

Por otra parte, esta Comisión constató que en el lugar donde acaecieron los hechos, no existe un espacio en donde se depositen aquellas muestras o cadáveres que van a ser objeto de análisis y estudio por parte del área de patología; siendo ilustrativa el siguiente aserto a pregunta expresa:

... ¿Cuándo se obtuvo el óbito fetal de la señora V, el producto o muestra como usted le llama también se depositó en esta caja? Se tuvo que traer aquí, ya estaba esta caja [...] en algunas ocasiones por ejemplo que el médico olvidó abrir la caja y la dejó afuera [...] pudiera pasar depende del turno, pero la indicación es que tiene que guardar la muestra en la caja precisamente para que no se extravíe [...] pero son varios turnos, alguien puede venir de otro turno y cree que eso es basura y se lo puede llevar, por error [...] los médicos tenemos conocimiento del destino de las muestras de patología [...] si usted me pregunta quiénes tienen acceso a esta área [...] somos los médicos, los residentes, las compañeras enfermeras, los compañeros de intendencia, el camillero, pueden llegar a venir estudiantes.

Derivado de lo anterior, la falta de área destinada al resguardo de cadáveres y muestras que serán almacenadas para su posterior traslado al servicio de patología constituye una problemática que incide en el acto médico institucional al afectar los servicios públicos de calidad que deben otorgarse a los pacientes.

Asimismo, debe considerarse lo referido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos:

Artículo 65.- Se consideran procedimientos aceptados para la conservación de cadáveres;

I.- La refrigeración en cámaras cerradas a temperaturas menores de cero grados centígrados;

II.- Embalsamamiento, mediante la inyección intravascular de soluciones antisépticas;

III.- La inmersión total de cadáver en recipientes cerrados que contengan soluciones antisépticas [...] ¹²

Bajo esa tesitura, el incorrecto manejo de cadáveres aunado a la incorrecta habilitación del área de resguardo impacta el control y adecuado seguimiento de las técnicas clínicas aplicables, al grado de que la ausencia de protocolos de seguridad y la carencia de señalización propia de una área restringida, que advierta la entrada exclusiva de personal autorizado, pudieron haber incidido en el extravío del producto de la gestación de V.

Así, de las evidencias analizadas, queda acreditada por parte de esta Comisión Estatal, la omisión institucional del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, toda vez que no garantizó las medidas adecuadas para llevar a cabo los procedimientos de análisis de óbito fetal e incidiendo en la correcta instauración de procedimientos clínicos .

III. MEDIDAS DE REPARACIÓN

El sistema de responsabilidades de servidores públicos prescrito en el artículo 109 de la Norma Suprema,¹³ en vínculo con las medidas estatuidas en los numerales 7 y 26 de la Ley General de Víctimas,¹⁴ así como el 30 fracción XV de la Ley de Víctimas del Estado de México,¹⁵ entrañan tanto la responsabilidad objetiva directa para reparar toda vulneración a derechos fundamentales, que en el caso concreto se orienta a garantizar el interés superior del niño, así como el reconocimiento del derecho de la víctima a ser compensada de manera integral, adecuada,

¹² Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el veinte de febrero de mil novecientos ochenta y cinco.

¹³ Artículo modificado con las reformas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de mayo de 2015, y que al momento de los hechos correspondía al diverso 113 constitucional, el cual refiere que “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”.

¹⁴ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el nueve de enero de dos mil trece.

¹⁵ Publicada en el Periódico Oficial *Gaceta del Gobierno del Estado de México* el diecisiete de agosto de dos mil quince.

diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que ha sufrido en sus derechos, por lo que se exhorta atender lo siguiente:

A. MEDIDA DE REHABILITACIÓN

Con base en el artículo 62 de la Ley General de Víctimas, y el artículo 215 Bis 3 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica,¹⁶ es aplicable:

1. ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

Previo consentimiento expreso de la víctima **V**; a través del personal profesional necesario, se deberán practicar las entrevistas necesarias que permitan establecer un psicodiagnóstico para determinar la afectación que pudiera existir dada la pérdida ocasionada y, en caso de encontrarse aspectos que requieran la atención especializada, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo de manera inmediata, presentando un programa de atención consensado con la quejosa.

Lo anterior fundamentado en el artículo 17 de la Ley de Víctimas del Estado de México, la cual contempla:

II. Coordinar y promover con las instituciones de salud privadas y con los organismos públicos que tengan a su cargo la prestación de servicios médicos, acciones de apoyo a las víctimas del delito, de conformidad con los ordenamientos legales aplicables.

[...]

VII. Proporcionar gratuitamente atención médica y psicológica permanente de calidad en cualquiera de los hospitales públicos, cuando se trate de lesiones, enfermedades y traumas emocionales provenientes del delito o de la violación a los derechos humanos sufridos por ella. **Estos servicios se brindarán de manera permanente, cuando así se requiera, y no serán negados**, aunque la víctima haya recibido las medidas de ayuda que se establecen en la presente Ley, las cuales, si así lo determina el médico, se continuarán

¹⁶ Las Víctimas que hayan sufrido lesiones, enfermedades y traumas emocionales provenientes de la comisión de un delito o de la violación a sus derechos humanos, tienen el derecho de que se les restituya su salud física y mental.

brindando hasta el final del tratamiento.

Sobre el particular, es de advertirse que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México ha otorgado atención a **V**; no obstante, para cumplir este requerimiento el Instituto podrá auxiliarse de la institución pública que ofrezca los servicios que puntualiza la norma y se encuentre en un perímetro que sea conveniente para el traslado accesible de la víctima.

Cabe acotar que el artículo 13 de la Ley de Víctimas del Estado de México define en su fracción II a la rehabilitación como aquella que busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del delito o de las violaciones de derechos humanos.

B. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

El artículo 13 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de México define a la satisfacción como la medida que busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas. Ahora bien, el artículo 73 fracción V de la Ley General de Víctimas considera las medidas siguientes:

1. APLICACIÓN DE SANCIONES

Toda vez que, de las actuaciones que integran el expediente de investigación se desprende la intervención de la Representación Social respecto al esclarecimiento de conductas posiblemente constitutivas de delito, se recomienda al Instituto de Salud del Estado de México colabore con la Procuraduría General de Justicia del Estado proporcionando los elementos necesarios que permitan conocer, identificar y resolver sobre la probable responsabilidad de los médicos tratantes por el indebido ejercicio de la profesión respecto a la atención de **V**.

Lo anterior, en observancia al artículo 17 de la Ley de Víctimas del Estado de México, el cual señala:

IV. Dar seguimiento de los casos y expedientes clínicos, y señalar ante el Ministerio Público, el Juez o cualquier autoridad que lo requiera, todas las acciones realizadas y todos los aspectos que puedan ser útiles para la reparación del daño, conforme a las actuaciones del proceso penal respectivo.

Así, el Instituto de mérito deberá remitir a



este Organismo las constancias que permitan conocer la colaboración con la institución procuradora de justicia de la entidad en la comprobación del injusto a determinar.

2. PERFIL PROFESIONAL

Es indudable que la formación adecuada y la constante actualización del profesional que presta un servicio especializado redituará en la reducción de conductas indebidas u omisas, lo cual incluye a médicos en formación, por lo que en atención a lo razonado en el **punto II apartado A**, se debe verificar que los médicos que realicen residencias médicas en hospitales dependientes del Instituto de Salud de la entidad, sean normados, supervisados y les sean asignadas las actividades que disponga la normatividad ex profeso, como lo es la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, para lo cual deben enviarse a este Organismo constancias en las que se advierta la adecuada inducción sobre los derechos y obligaciones del médico residente; asimismo que toda norma interna de los nosocomios se ajuste **invariablemente a las actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente**, para lo cual deben remitirse dichas documentales.

Asimismo, se emita una circular en la que el Instituto del ramo exhorte a los profesionales de salud que interactúan con los médicos residentes a efecto de que durante las actividades propias de las residencias médicas no les sean asignadas responsabilidades propias del ejercicio profesional de un médico tratante u otras que impliquen la realización de procedimientos médicos o administrativos.

3. DISCULPA INSTITUCIONAL

El artículo 73 fracción IV de la Ley General de Víctimas contempla el ofrecimiento de una disculpa al tenor siguiente: “Una disculpa pública de parte del Estado, los autores y otras personas involucradas en el hecho punible o en la violación de los derechos, que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades...”.

Al respecto, el extravío del cadáver causó

indignación a la víctima y constituyó un acto lesivo de sus derechos humanos ante la incertidumbre del destino final del cadáver, circunstancia que aconteció de forma irreparable; en consecuencia la disculpa institucional constituye un acto de reconocimiento de la responsabilidad y el interés genuino de reparación respecto a las violaciones a derechos humanos acreditadas en esta Recomendación.

En el caso en concreto, la disculpa debe ser ofrecida por conducto del director general del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, vía escrita, y notificada personalmente a **V**.

C. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

En armonía con lo fijado en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas, deben considerarse las siguientes acciones de índole sanitario:

1. ACTOS INSTITUCIONALES

Con la finalidad de garantizar el respeto de los derechos fundamentales del paciente y respetar su dignidad realizándose los procedimientos que marca la *lex artis* médica de manera profesional y diligente; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo razonado en el apartado en el **punto II apartado B** de esta Recomendación, y bajo la supervisión del coordinador de salud, conforme a las atribuciones que a él le concede el artículo 16 del Reglamento Interno del propio Instituto, se protocolice la respectiva cadena de custodia y resguardo de cadáveres en la Unidad Tocoquirúrgica del nosocomio de mérito, así como se habilite el lugar con los procedimientos aceptados para la conservación de los mismos.

2. PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A LA *LEX ARTIS*

A fin de procurar la metodología adecuada que auxilie el seguimiento correcto del acto médico para que éste cumpla con su naturaleza de proteger, preservar y prolongar la vida, el Instituto de Salud, vigilará que por conducto del área competente y mediante el mecanismo administrativo correspondiente se indique a los profesionales de la salud la exigencia de observar los procedimientos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas que son base de los razonamientos esgrimidos en el **punto II** de esta Recomendación.

3. CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

Para que el personal médico se conduzca privilegiando el deber de cuidado e interactué de manera permanente y constante para conocer y reconocer el estado de salud de los pacientes en servicios torales, privilegiando la información e indicaciones que derivan de las normas especializadas; la autoridad responsable deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos en el hospital involucrado en materia de respeto a derechos humanos de los pacientes que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local en torno a procedimientos clínicos; con especial énfasis en las Normas Oficiales Mexicanas que se relacionan con el presente asunto.

El programa será dirigido a los profesionales de la salud del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, debiendo contener: el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos.

Asimismo, deberá constar que llevaron a cabo un intercambio multidisciplinario de opiniones y discutieron la forma en que priorizarán las notas y el contenido en ellas.

IV. RESPONSABILIDADES

Las ponderaciones, actuaciones y elementos reunidos por esta Defensoría de Habitantes, en la investigación de los hechos, permiten afirmar que **S.P.R.**, como servidor público interviniente, en ejercicio de sus obligaciones, pudo haber transgredido lo dispuesto en los artículos 42, fracciones I y VI, así como 43 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios, al omitir cumplir con la máxima diligencia el servicio público encomendado en perjuicio de **V.**

Ahora bien, debe precisarse que el médico **S.P.R.** fue sujeto a una amonestación administrativa por parte del órgano de control interno del Instituto de Salud de la entidad derivado de su no comparecencia ante este Organismo. Sobre el particular, la omisión,

además de producir convicción sobre la irregularidad que se le atribuye, es una muestra de la ausencia de profesionalidad y del desinterés por acatar las responsabilidades que emanan de las normas, y que debe observar invariablemente un servidor público con motivo de su encargo.

Más aún, esta Comisión advirtió que la Recomendación **44/2009**,¹⁷ dirigida al Secretario de Salud de la entidad, cuenta con un precedente en el que se atribuye a **S.P.R.** de vulneración a derechos fundamentales, documental en la que se afectó el derecho a la protección de la salud de la víctima, y la inadecuada atención médica tuvo como consecuencia la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Por lo anterior, y toda vez que el cúmulo de evidencias determinan que **S.P.R.**, ha vulnerado derechos fundamentales durante su encomienda como servidor público y profesional de la salud, mediante las acciones que estime ese Instituto, valore la permanencia en el servicio de **S.P.R.**

Finalmente, será la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México dentro del expediente **CI/ISEM/70/2015**, quien persuadida de los hechos deberá perfeccionar las evidencias y medios de convicción de los que da cuenta esta Recomendación, para que adminiculados y concatenados con los datos de prueba que se allegue, cuente con los elementos objetivos que sustenten fehacientemente la resolución y, en su caso, la sanción que se imponga, conforme al marco jurídico aplicable, atribución que evidentemente contribuye a la debida defensa y protección de los derechos humanos.

Consecuentemente, este organismo público autónomo formula la directora general del Instituto de Salud del Estado de México, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. En vínculo con la omisión del deber objetivo de cuidado, y como medida de satisfacción, descritas en los **Puntos II y IV**

¹⁷ La Recomendación 44/2009 se emitió al secretario de Salud del Estado de México el 11 de diciembre del año 2009, por negativa o inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias del sector salud.



respectivamente, de esta Recomendación, se sirva solicitar por escrito al titular de la contraloría interna del Instituto de Salud del Estado de México, que la copia certificada de la presente Recomendación, que se anexa, se agregue al expediente **CI/ISEM/70/2015**, y previas las formalidades procesales que la ley señala, se consideren las evidencias, precisiones y ponderaciones de la misma, que administradas y concatenadas con los medios de prueba de que se allegue, sustenten fehacientemente el procedimiento administrativo disciplinario tendente a investigar, identificar y determinar, en su caso, la responsabilidad en la que pudo haber incurrido **S.P.R.**, por los actos y omisiones documentados; y en su momento, se sirva enviar a esta Comisión las constancias que acrediten el trámite y resolución correspondiente.

SEGUNDA. Como medida de rehabilitación, estipulada en el punto III apartado A1, de esta Recomendación, para la atención de la víctima de derechos humanos, previo consentimiento documentado, deberá emitir un psicodiagnóstico especializado, y brindar la atención que en su caso requiera **V**, para lo cual presentará la agenda de citas acordadas con los especialistas para la atención, así como el seguimiento personalizado al tratamiento psicológico y se observe que el beneficio en materia psicológica permita la accesibilidad en el traslado de **V**. Recomendación cuya atención sea inmediata y se documente su cumplimiento.

TERCERA. Como medida de satisfacción, estipulada en el punto III apartado B.1 de este documento, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, remita por escrito al procurador general de Justicia del Estado, la copia certificada de esta Recomendación, que se anexa, a fin de que se agregue a las actuaciones que integran la carpeta de investigación penal 165970360111716 formada a propósito del caso; y los medios de convicción puedan ser considerados en la determinación que tome el Ministerio Público dentro de la investigación de los hechos y la probable responsabilidad de los servidores públicos señalados.

Además, deberá colaborar con el órgano investigador y aportar todos los datos que éste requiera en su procedimiento de indagación;

instando a la determinación del mismo. De todo lo anterior, enviará a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Como medida de satisfacción, estipulada en el punto III apartado B.2 de esta Recomendación, se constate que los médicos que realicen residencias médicas en hospitales dependientes del Instituto de Salud de la entidad, sean normados, supervisados y les sean asignadas las actividades que disponga la normatividad enviándose a este Organismo constancias en las que se advierta la adecuada inducción sobre los derechos y obligaciones del médico residente.

Asimismo, se emita una circular en la que el Instituto del ramo exhorte a los profesionales de salud que interactúan y son responsables de guiar a los médicos residentes a efecto de que durante las actividades propias de las residencias médicas no les sean asignadas responsabilidades propias del ejercicio profesional de un médico tratante u otras que impliquen la realización de procedimientos médicos o administrativos diversos a los que mandata el ordenamiento jurídico sanitario, para lo cual deben remitirse a este Organismo los respectivos acuses de recibido de la circular en los nosocomios que forman parte del Instituto.

QUINTA. Como medida de satisfacción, estipulada en el punto III apartado B.3, relacionada con la dignificación de los hechos que afectaron a la víctima, se otorgue a **V** una disculpa institucional por escrito, la cual deberá formalizar el director general del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, la cual debe que incluir el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados. El escrito que contenga la disculpa institucional deberá notificarse personalmente a la víctima, remitiéndose a este Organismo el acuse de recibido correspondiente.

SEXTA. Como medida de no repetición, estipulada en el punto III apartado C.1, relacionada con la atención perinatal, se realicen procedimientos tendentes a determinar la respectiva cadena de custodia y resguardo de cadáveres en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, así como se adapten a la Unidad de mérito los procedimientos aceptados para la conservación de cadáveres y los respectivos

insumos, para lo cual, la autoridad recomendada debe enviar a este Organismo las constancias y soportes que comprueben la correcta aplicación de las medidas descritas.

SÉPTIMA. Como medida de no repetición, según lo determinado en **el punto III apartado C.3,** deberá diseñar y ejecutar, un programa de cursos-talleres de formación continua,

cuyo objetivo consista en sensibilizar a los profesionales de la Salud adscritos al Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, en el conocimiento y alcances del principio de protección de la salud de los pacientes. En tal evento debe considerarse la asistencia de los médicos residentes adscritos al nosocomio, debiéndose remitir las constancias que lo documenten ante esta Comisión.

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

Reporte del 1 al 31 de agosto

Según registro del Sistema Integral Automatizado de Bibliotecas de la Universidad de Colima (SIABUC), el acervo se incrementó en 26 títulos con 66 ejemplares que incluyen impresos y discos compactos, proporcionando un total de 7383 títulos y 9433 ejemplares. Fueron atendidos 75 usuarios en el Centro de Información y Documentación “Miguel Ángel Contreras Nieto” y siete a través del portal Vlex, sumando un total de 82 usuarios. Se realizaron dos visitas guiadas con alumnos de la Universidad Insurgentes de la licenciatura en derecho.

Libros

Donaciones

1. Arias Marín, Alan (coord.), *Multiculturalismo y derechos indígenas. El caso mexicano*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 155 pp. (tres ejemplares)
2. Bailón Corres, Moisés Jaime, *El gobernador y los derechos de los pueblos indios. Benito Juárez en Oaxaca*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 125 pp. (tres ejemplares)
3. Brokmann Haro, Carlos, *La estera y la silla. Individuo, comunidad, estado e instituciones jurídicas Nahuas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 125 pp. (tres ejemplares)
4. _____, *Hablando fuerte. Antropología jurídica comparativa de Mesoamérica*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 216 pp. (tres ejemplares)
5. _____, *El derecho internacional de los derechos humanos y su recepción nacional*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 271 pp. (tres ejemplares)
6. _____, *Compilación de tratados y observaciones generales del sistema de protección de derechos humanos de naciones unidas* (estudio preliminar), México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 43 pp. (tres ejemplares)
7. _____, *El principio pro persona. Experiencias y expectativas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 315 pp. (tres ejemplares)
8. Cecchini, Simones, Fernando Filgueira, Rodrigo Martínez y Cecilia Rossel (eds.), *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2015, 506 pp.
9. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, *Informe de Gestión 2015*, Toluca,



- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, 199 pp. (tres ejemplares)
10. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Oficina en México del Alta Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *La desaparición forzada en México: una mirada desde los organismos del sistema de Naciones Unidas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Oficina en México del Alta Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2015, 206 pp. (tres ejemplares)
11. _____, *La tortura en México: una mirada desde los organismos del sistema de Naciones Unidas*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Oficina en México del Alta Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2015, 268 pp. (tres ejemplares)
12. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Bienvenidos al infierno del secuestro, testimonios de migrantes*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 93 pp. (tres ejemplares)
13. García Ramírez, Sergio, *Votos particulares en la corte interamericana de derechos humanos y reflexiones sobre control de convencionalidad* (segunda edición), México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 622 pp. (tres ejemplares)
14. _____, *Votos particulares en la corte interamericana de derechos humanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 576 pp.
15. Lugo Garfías, María Elena, *El derecho a la salud en México. Problemas de sus fundamentación*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 254 pp. (tres ejemplares)
16. Nava Garcés, Alberto Enrique, *El penalista. Reseña, artículos, opiniones sobre historia del derecho penal, teoría del delito, derecho procesal penal y delitos en particular*, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 2015, 403 pp. (dos ejemplares)
17. Peñaloza, Pedro José, Gerardo Covarrubias Valde-rrama, Tilemy Santiago Gómez y Susana Vanessa Otero González, *Globalización, delito y exclusión social. Una correlación a debate*, (segunda edición), México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 2015, 124 pp. (dos ejemplares)
18. Programa Universitario de derechos humanos de la Universidad nacional autónoma de México y Comisión nacional de los derechos humanos, *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al protocolo de San Salvador. Derecho a la educación*, México, Programa Universitario de derechos humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 201 pp. (3 ejemplares)
19. Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al protocolo de San Salvador. Derecho a la seguridad social*, México, Programa Universitario de derechos humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 161 pp. (tres ejemplares)
20. _____, *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al protocolo de San Salvador. Derecho a la alimentación adecuada*, México, Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 219 pp. (tres ejemplares)
21. _____, *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al protocolo de San Salvador. Derecho al medio ambiente sano*, México, Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 285 pp. (tres ejemplares)
22. _____, *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al protocolo de San Salvador. Derecho a la salud*, México, Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2014, 197 pp. (dos ejemplares)
23. Rodríguez Moreno, Alonso, *Algunos conceptos fundamentales para el nacimiento de los derechos humanos: Fernando Vázquez de Menchaca*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, 154 pp.
24. Santiago Juárez, Mario (coord.), *Acciones afirmativas*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2011, 234 pp. (dos ejemplares)
25. Secretaría de Gobernación del Gobierno Federal, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, LXII Legislatura de la Cámara de Diputados Federal, *Fundamentos de la armonización legislativa con enfoque antidiscriminatorio*, tomo I, México, Secretaría de Gobernación del Gobierno Federal, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, LXII Legislatura de la Cámara de Diputados Federal, 2013, 265 pp. (dos ejemplares)
26. Waller, Irvin, *Derechos para las víctimas del delito. Equilibrar la justicia*, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 2014, 261 pp. (dos ejemplares)

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Baruch F. Delgado Carbajal

CONSEJEROS CIUDADANOS

Marco Antonio Macín Leyva
Martha Doménica Naime Atala
Luz María Consuelo Jaimes Legorreta
Miroslava Carrillo Martínez
Carolina Santos Segundo

PRIMER VISITADOR GENERAL

Miguel Ángel Cruz Muciño

SECRETARIA GENERAL

María del Rosario Mejía Ayala

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

René Oscar Ortega Marín

CONTRALORA INTERNA

Angélica María Moreno Sierra

SECRETARIO PARTICULAR DEL PRESIDENTE

Edgar Adolfo Díaz Estrada

VISITADOR GENERAL SEDE TOLUCA

Víctor Leopoldo Delgado Pérez

VISITADOR GENERAL SEDE TLALNEPANTLA

Tiilcuetzpalin César Archundia Camacho

VISITADOR GENERAL SEDE CHALCO

Erick Daniel Mendoza Legorreta

VISITADOR GENERAL SEDE NEZAHUALCÓYOTL

Carlos Felipe Valdés Andrade

VISITADOR GENERAL SEDE ECATEPEC

Gregorio Matías Duarte Olivares

VISITADORA GENERAL SEDE NAUCALPAN

Jóvita Sotelo Genaro

VISITADOR GENERAL SEDE ATLACOMULCO

Oswaldo Fredy Venegas Sánchez

DIRECTOR DE LA UNIDAD JURÍDICA Y CONSULTIVA

Jesús Gabriel Flores Tapia

JEFE DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN

Everardo Camacho Rosales

JEFA DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Sonia Silva Vega

VISITADURÍA GENERAL DE SUPERVISIÓN PENITENCIARIA

Ricardo Vilchis Orozco

DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS

Ariel Pedraza Muñoz

Gaceta de derechos humanos

Órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editado por su Centro de Estudios, a través del Departamento de Publicaciones. Año XI, número 148, septiembre 14 de 2016.

Dirección

Ariel Pedraza Muñoz

Coordinación editorial

Zujej García Gasca

Asistencia

Jessica Mariana Rodríguez Sánchez

Diseño y diagramación

Deyanira Rodríguez Sánchez

© 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) 236 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.

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

