COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO

"2022. Año del Quincentenario
de la Fundación de Toluca de Lerdo,
Capital del Estado de México"

EXPEDIENTE: CODHEM/TOL/TEJ/45/2021

RECOMENDACIÓN 11/2022

DERECHO PRINCIPAL: DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

DERECHO ESPECÍFICO: DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL.

Toluca de Lerdo, México; **22** de diciembre de **2022**

MTRO. FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CLAMONT
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 16 párrafos primero y tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México;[1] 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

[1] Artículo 16.- La Legislatura del Estado establecerá un organismo autónomo para la protección de los derechos humanos que reconoce el orden jurídico mexicano, el cual conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público del Estado, o de los municipios que violen los derechos humanos. Este organismo formulará recomendaciones públicas no vinculatorias, así como denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. [...]
El organismo que establecerá la Legislatura del Estado se denominará Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, contará con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propio.

Estado de México, [2] 2, 99 y 100 de su Reglamento Interno,[3] procedió a examinar los hechos y las evidencias del expediente **CODHEM/TOL/TEJ/45/2021** del índice de la Visitaduría General sede Toluca, enunciados al epígrafe, en agravio de **V**.

---

[2] Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Estado de México, en términos de lo establecido por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto establecer las bases para la protección, observancia, respeto, garantía, estudio, promoción y divulgación de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano; así como los procedimientos que se sigan ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
Artículo 13.- Para el cumplimiento de sus objetivos la Comisión tiene las atribuciones siguientes:
I. Conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones, sobre presuntas violaciones a derechos humanos, por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal;
[...]
III. Sustanciar los procedimientos que correspondan, en los términos previstos por esta Ley y demás disposiciones aplicables;
[...]
VIII. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias y demás resoluciones que contemple esta Ley;
[...]
Artículo 28.- La o el Presidente tiene las facultades y obligaciones siguientes:
XIV. Aprobar y emitir Recomendaciones públicas no vinculatorias; así como Resoluciones de no Responsabilidad;
Artículo 99.- La Comisión puede dictar las resoluciones siguientes:
[...]
III. Recomendaciones: cuando se comprueben las violaciones a derechos humanos;
[...]
Artículo 100.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad, deben contener los fundamentos legales, principios jurídicos, criterios generales aplicables, razonamientos de las partes y valoración de las pruebas; así como las consideraciones que las motiven y sustenten.
[...]
Artículo 103.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad deben referirse a casos concretos, los cuales no son aplicables a otros por analogía o mayoría de razón.
Artículo 104.- La Comisión debe notificar al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos, relacionados con las violaciones a derechos humanos, las resoluciones que deriven de los procedimientos a que se refiere el presente Título, de conformidad con el Reglamento Interno.
Objeto de la Comisión
Artículo 2.- La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México como organismo autónomo, tiene a su cargo la protección de los derechos humanos de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los instrumentos internacionales, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México y demás ordenamientos legales.
Contenido de la Recomendación
Artículo 99.- Las Recomendaciones emitidas por el Organismo deberán contener como mínimo los siguientes elementos:
[...]
I. Autoridad a la cual se dirige;
II. Descripción de los hechos violatorios de derechos humanos;
III. Evidencias que demuestran la violación a derechos humanos;
IV. Análisis de evidencias, razonamientos lógico-jurídicos y de equidad en los que se soporte la convicción sobre la violación de derechos humanos reclamada; y
V. Recomendaciones.
Notificación de la Recomendación
Artículo 100.- Una vez emitida la Recomendación, ésta se notificará al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos relacionados con las violaciones a derechos humanos, dentro de los tres días hábiles siguientes. La versión pública de la Recomendación se dará a conocer a través de la página Web de la Comisión, después de su notificación.

2. La presente Recomendación se encuentra coordinada por la Primera Visitaduría General bajo los criterios dispuestos en los artículos 13, fracción II y 16, fracción III del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.[4]

3. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[5] concatenado con los numerales 91 y 143, fracción I de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.[6] No se omite precisar que dicha información se hace del conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un anexo confidencial en el que se indica el nombre de las personas involucradas y la autoridad que deberá observar las medidas necesarias para la protección de datos personales, conforme a la ley de la materia.

---

[4] Atribuciones de la Primera Visitaduría General
Artículo 13.- La Primera Visitaduría General, además de las facultades y obligaciones contenidas en la Ley, tiene las atribuciones siguientes:
[...]
II. Someter a consideración de la Presidencia, los proyectos derivados de las áreas a su cargo;
[...]
VIII. Las demás que le confieren otras regulaciones y aquellas que le encomiende la Presidencia.
Atribuciones de la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos:
Artículo 16.- La Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos tiene las atribuciones siguientes:
[...]
III. Coadyuvar con las y los Visitadores en la elaboración de proyectos de Recomendación correspondientes a la Primera Visitaduría General;
[...]

[5] Artículo 4.- La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, garantizará el derecho de acceso a la información pública, privilegiando el principio de máxima publicidad y la protección de datos personales, de conformidad con lo dispuesto en la legislación y normatividad en la materia.

[6] Artículo 91. El acceso a la información pública será restringido excepcionalmente, cuando ésta sea clasificada como reservada o confidencial.
Artículo 143. Para los efectos de esta Ley se considera información confidencial, la clasificada como tal, de manera permanente, por su naturaleza, cuando: I. Se refiera a la información privada y los datos personales concernientes a una persona física o jurídico colectiva identificada o identificable;

4.. Para una mejor comprensión de la presente Recomendación se inserta un glosario con las principales claves utilizadas para las personas relacionadas:

Clave	Significado
V	Víctima
SPR 1	Servidor Público Responsable 1
SPR2	Servidora Pública Responsable 2
SP	Servidor Público
PR	Persona Relacionada

5. Asimismo, en el presente documento se hace referencia a dependencias e instancias de gobierno, por lo que a continuación, se presenta un cuadro con siglas, acrónimos y abreviaturas utilizadas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

Clave	Significado
HGVB	Hospital General de Valle de Bravo
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
FGJEM	Fiscalía General de Justicia del Estado de México
OIC-ISEM	Órgano Interno de Control del ISEM

6. De igual forma se inserta un breve glosario de los términos más relevantes que se emplearán en el presente documento.

I. GLOSARIO

Atención hospitalaria: Comprenden las unidades médicas que cuentan con las especialidades básicas, servicios de quirófano, urgencias las 24 horas, los 365 días del año, así como auxiliares de diagnóstico básico.[7]

Atención médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.[8]

Atención de la urgencia obstétrica: Prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.[9]

Calidad de la atención: Conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en

[7] Cfr. Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad. (PRCPUMSAPAHE), publicado en la Gaceta del Gobierno, 11 de abril de 2012.

[8] Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta inmediata Obstétrica. 2016, p. 13.

[9] NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutiva de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles.[10]

Diagnóstico: Es la descripción y análisis crítico de una situación determinada a fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.[11]

Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.[12]

Embarazo: Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.[13]

Obstetricia: Rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.[14]

Procedimiento: Secuencia de actividades relacionadas entre sí y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen un proceso de trabajo.[15]

---

[10] Ídem.
[11] Ídem.
[12] Ídem.
[13] Ídem.
[14] Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta inmediata Obstétrica. 2016, p. 15.
[15] Ídem.

Puerperio normal: Periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.[16]

Puerperio tardío: Periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.[17]

***Triage* obstétrico:** Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater)[18]

Urgencia: Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.[19]

Urgencia obstétrica: a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o

---

[16] Ídem.
[17] Ídem.
[18] Ibidem, p. 17.
[19] Artículo 72 del Reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf. Consultado el 22 de septiembre de 2022.

mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.[20]

II. CONTEXTO

7. El contexto en que se suscitaron los hechos tiene como escenario el Municipio de Valle de Bravo, Estado de México, se trata de una *"... ciudad ubicada a 156 km al suroeste de la Ciudad de México. La economía de la localidad depende fundamentalmente del turismo, ya que recibe turistas nacionales y extranjeros todo el año."*[21]

Valle de Bravo cuenta con las siguientes características:

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR

Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022
Unidad de Planeación y Evaluación de Programas para el Desarrollo
MÉXICO
VALLE DE BRAVO

I. Información general de la población, condicion de pobreza, marginación y rezago social

Indicador	En el municipio	En la entidad
Población (número de personas), 2020[1]	61,590	16,992,418
Población de mujeres	31,514	8,741,123
Población de hombres	30,076	8,251,295
Población con discapacidad	2,111	756,531
Población indígena	861	1,026,540
Población afromexicana	566	296,264
Población adulta mayor (65 años y mas)	4,073	1,258,354
Grado de Marginación, 2020[2]	Muy bajo	Bajo
Grado de Rezago Social, 2020[3]	Muy bajo	Bajo
Zonas de Atención Prioritaria, 2022[4]		
Rurales	0	0
Urbanas	1	32

22

[20] NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.
[21] https://es.wikipedia.org/wiki/Valle_de_Bravo
[22] Fuente: elaborado por la Dirección General de Planeación y Análisis (DGPA), Secretaría de Bienestar, con información de

II. Indicadores de carencias sociales en el municipio o demarcación territorial

Carencia	Número de personas	Carencia	Número de personas
Rezago educativo	11,493	Calidad y espacios en la vivienda	5,794
Acceso a los servicios de salud	37,894	Servicios básicos en la vivienda	6,317
Acceso a la seguridad social	54,816	Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	6,639



Fuente: elaborado por la Dirección General de Planeación y Análisis (DGPA), Secretaría de Bienestar, con datos de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2020 de CONEVAL con información de INEGI 2020.

23

En este municipio se encuentra el HGVB, que es un establecimiento sanitario de segundo nivel en el que, de acuerdo a la página del Instituto de Salud del Estado de México,[24] cuenta 11 consultorios de áreas diversas a medicina general, 44 camas de hospitalización y 33 camas de otras áreas, con un servicio de consulta externa las 24 horas del día, de lunes a domingo.

1. Censo de Población y Vivienda 2020, Principales resultados por localidad (ITER), elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
2. Índice de Marginación por entidad federativa y municipios 2020, elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).
3. Índice de Rezago Social a nivel estatal y municipal 2020, elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
4. Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para 2022, Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5636711&fecha=29/11/2021

[23] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/699607/15_110_MEX_Valle_de_Bravo.pdf
[24] https://salud.edomex.gob.mx/isem/at_unidades_medicas&cveunidad=MCSSA007982

8. A dicho Hospital acudió **V**, mujer que cursaba un embarazo de cuarenta y un semanas, quien a las seis de la mañana del catorce de marzo de dos mil veintiuno, fue llevada a la sala de partos tras cursar doce horas de labor y un periodo intenso de expulsión de una hora y dieciséis minutos con datos indicativos, a dilucidar, de que el feto había fallecido "in útero".

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

9. De lo expuesto por la víctima **V** en su escrito de queja se desprende literalmente lo siguiente:

> El día 13 de marzo del 2021, alrededor de las 9:30 am. Me presentó al HGVB, ya que tenía 41 semanas de embarazo. Hasta ese momento me decían que todo iba bien, ya que mi bebé venía bien. Por lo que ese día acudí porque tenía cita para el chequeo. El Dr. [...] **SPR1** era la persona que me estuvo atendiendo durante los dos últimos meses de mi embarazo, me pasaron para revisarme siendo atendida por la Dra.[...] **PR**, posteriormente salió el Dr.[...] **SPR1** y nos comentó a mi esposo y que me tenía que quedar porque tenía poco líquido amniótico y que me tenían que inducir al parto y en caso de que no pudiera me iban a hacer cesárea. Por lo que solicitaron a mi esposo material por si me hacían cesárea[...] A las 11:30 ya estaba en el cuarto de trabajo de parto y empecé a sentir contracciones, **estuve todo el transcurso del día con contracciones**. A las 8:00 pm aproximadamente realizan el cambio de turno y el Dr. [...] **SPR1** salió y ahora me estaba atendiendo la Dra. [...] **SPR2**, quien era la encargada del turno. Sin embargo, la persona que me iba a revisar en todas las ocasiones fue la Dra. [...] **PR** quien es Residente de Ginecología. Me seguían colocando más medicamento para inducir los dolores de parto y monitoreaban a mi bebé. Como veía que no tenía tanto de dilatación, **le comenté a la Dra.** [...] **PR**, **que, si no se podía de manera normal que me hicieran cesárea y ella me dijo que no, porque estaba avanzando la dilatación y que íbamos a continuar así.** Me ponen más medicamento para que tuviera dolores más fuertes, pero no dilataba más, por lo que **le volví a comentar a la Dra.**

7

[...] PR que si no podía que mejor cesárea y me dijo que no. Tenia dolores muy fuertes y **le pedia ayuda a la Dra. [...] PR porque me sentía muy mal, pero ella se la pasaba en su computadora. Cuando entre ya bien a labor de parto, me hicieron que me levantara [sic] y me fuera caminando hacia la sala de partos** y escuchaba que entre ellos decían que no tenian personal y que iban a reportar esa situación. Me subo a la cama con ayuda de la Dra. [...] PR y de otra Doctora que sólo recuerdo que se llama [...] y **empecé hacer mi labor y nació mi bebé**. Pero yo no escuché que llorará. Vi cómo se lo llevaron las Doctoras y llegó otro Doctor el cual empezó a reanimarlo, posteriormente llegó el Pediatra[...] SP y trató de reanimar a mi bebé, pero ya era demasiado tarde. Posteriormente se acercó a mi SP y me dijo que hicieron todo lo posible pero que no pudieron salvarlo. Hasta ese momento llegó la Dra. [...] SPR2 y empezó a hablar con las pasantes y les dijo que iba a llevar al bebé para que lo viera mi esposo[...] por lo que él como estaba afectado se salió. Cuando ya estaba más tranquilo se regresa y le dice a la Doctora [...] SPR2 si le puede explicar que había pasado, pues todo estaba bien. A lo que ella le refiere lo siguiente: Que ella estuvo conmigo y que ella había recibido al bebé, pero que no sabía lo que pasó, porque ella se lo entregó al pediatra ya que él era el encargado de atender al bebé porque ella desconoce las funciones que se realizan, por lo que no podía asistir al bebé. Pero que honestamente no sabia que hizo específicamente el pediatra. Situación que es totalmente FALSA, porque **ella nunca estuvo conmigo ni antes, ni durante el parto, sólo estaban sus pasantes.** Incluso yo escuche cuando la Dra.[...] SPR2 le dijo a la Dra.[...] PR que se iba a retirar. Posteriormente me pasaron a otro cuarto y al poco rato se acercó la Dra. [...] SPR2 y me dijo que de todas maneras que si el bebé sobrevivía iba a quedar dañado. Al día siguiente el Dr. [...] SPR1 me dio de alta y le externó a mi esposo que no se explicaba porque había pasado el fallecimiento. **El acta de defunción dice que mi bebé murió por anoxia fetal in útero**[25]. [...][26] [lo resaltado es propio]

---

[25] "La anoxia es la disminución de la cantidad normal de O_2 en los tejidos. En rigor, el término hipoxia es más científico, puesto que la anoxia es incompatible con la vida. Sin embargo, por costumbre, usaremos el término señalado en primer lugar. Pero la anoxia según señala acertadamente Van Slyke, no sólo detiene la maquinaria, sino que rompe sus piezas; esto es, que algunas veces cuando no provoca la muerte, determina serias secuelas neurológicas." Ginecología y Obstetricia de México. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C. ISSN-0300-9041 ISSNe-2594-2034 https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/anoxia-fetal-y-traumatismo-craneoencefalico-punto-de-vista-del-anestesiologo#:~:text=La%20anoxia%20es%20la%20disminuci%C3%B3n,es%20incompatible%20con%20la%20vida.

[26] Escrito que consta en fojas 2 a 6 del expediente del caso.

10. En las indicadas circunstancias, esta Comisión solicitó al ISEM el informe de ley y en vía de colaboración a la CCAMEM y a la FGJEM. Así mismo, se recabaron las comparecencias de personas servidoras públicas responsables y relacionadas. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las evidencias ofrecidas durante el trámite.

IV. EVIDENCIAS

A. Escrito de queja presentado por **V** el veinticuatro de marzo de dos mil veintiuno al que acompañó, una copia de una hoja manuscrita del presunto material médico que fue solicitado a su esposo, copia del certificado de muerte fetal así como copia del Formato unificado de Solicitud de Atención.[27]

B. Oficio 208C0101000200S-1813/2021 recibido el veintitrés de abril de dos mil veintiuno, suscrito por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídico Consultiva del ISEM, mediante el cual remitió similar firmado por el Director del HGVB, conteniendo informe relativo a los hechos, que incluyó copia simple del expediente clínico del caso.[28]

C. Acta circunstanciada del ocho de junio de dos mil veintiuno en la que consta la comparecencia de **SP**, médico adscrito al HGVB.[29]

D. Escrito signado por **SPR2**, recibido el ocho de junio de dos mil veintiuno, referente a los hechos materia de la presente Recomendación.[30]

---

[27] El documento de queja y sus anexos obran a fojas de la 2 a 9.
[28] El informe ocupa las fojas 71 a 121.
[29] Acta que se localiza en fojas 125 a 128.
[30] Documentos ubicados en fojas 130 a 140.

E. Documento suscrito por **SPR1**, recibido el ocho de junio de dos mil veintiuno, relativo a su participación en los hechos que nos ocupan.[31]

F. Acta circunstanciada del diecisiete de junio de dos mil veintiuno, derivada de la comparecencia de **SPR1** ante servidores públicos de esta Comisión, efectuada mediante la plataforma Zoom, en torno a su participación en los hechos motivo de queja.[32]

G. Acta circunstanciada del veinticuatro de junio de dos mil veintiuno, en la que se hizo constar la comparecencia de **SPR2** ante personal de este Organismo, para declarar acerca de su participación en los hechos.[33]

H. Acta circunstanciada del dieciocho de octubre de dos mil veintiuno, en la que se dio fe de la llamada telefónica de **V**, quien informó el nombre de la servidora pública de la FGJEM, encargada de la investigación penal de los hechos, además de referir que el seis de agosto del mismo año, acudió al OIC-ISEM a presentar una queja por la mala atención médica recibida en el HGVB, dándose inicio al expediente [redacted] del cual no había recibido información hasta esa fecha.[34]

I. El tres de noviembre de dos mil veintiuno, mediante el oficio 400C131000/820/2021, se solicitó al titular de la FGJEM, en vía de colaboración, informe respecto de la

[31] Impresos marcados en fojas 142 a 146.
[32] Comparecencia que consta en fojas 165 a 167.
[33] El acta circunstanciada se acompaña de diversos anexos proporcionados por la compareciente, ocupando las fojas 177 a 207.
[34] El acta ocupa la foja 226.

carpeta de investigación [redacted] tramitada en la Fiscalía Regional de Valle de Bravo.[35]

J. El tres de noviembre de dos mil veintiuno, mediante el oficio 400C131000/821/2021, se solicitó al titular del OIC-ISEM, en vía de colaboración, informe sobre el expediente de queja [redacted][36]

K. Oficio 400LI0100/6995/2021-TOL recibido el veintidós de noviembre de dos mil veintiuno, firmado por el comisionado a la Unidad de Derechos Humanos en Toluca de la FGJEM, por el cual hizo llegar el informe relativo a las actuaciones en la carpeta de investigación [redacted][37]

L. Oficio 208C0101010000S/5141/2021 recibido el veintidós de noviembre de dos mil veintiuno, por el cual el titular del OIC-ISEM informó de las diligencias efectuadas en el expediente [redacted][38]

M. Oficio 208C0201A/092/2022 recibido el veintidós de marzo de dos mil veintidós, firmado por el titular de la CCAMEM por el cual remitió el dictamen técnico-médico institucional relativo a los hechos materia de la presente Recomendación[39] cuyas conclusiones fueron las siguientes:

> **CONCLUSIONES**
>
> **PRIMERA. -** Existen elementos de mala práctica médica en la atención de **V**, en el HGVB, perteneciente al ISEM, toda vez que:

[35] El oficio consta en foja 227.
[36] El oficio consta en foja 228.
[37] Oficio y anexo que obran en fojas 230 a 233.
[38] El oficio consta en foja 235 a 239.
[39] Oficio y dictamen localizados en fojas 250 a 281.

a).- El Ginecólogo y Obstetra **SPR1**, estableció un cálculo de riesgo obstétrico que constó en la edad materna avanzada, antecedente de cesárea previa, presentando un índice de Bishop[40] desfavorable y oligohidramnios[41] decidiendo ingresar a la paciente para el procedimiento denominado inducción del trabajo de parto el cual por los factores de riesgo antes mencionados tenía muchas posibilidades de complicarse, además de que no certificó mediante ultrasonido institucional la presencia del oligohidramnios y con el que hubiera podido apoyar su decisión de interrupción abdominal.

b) Existen elementos de mala práctica médica por parte de la Ginecóloga y Obstetra **SPR2** y de la residente de cuarto año **PR**, ya que **pese a los factores de riesgo que tenia la paciente, continuaron con una inducto-conducción[42] deficiente, sin percatarse de la pérdida del bienestar fetal oportunamente, influyendo directamente en el resultado perinatal.** Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado en una paciente multípara, aunado a los factores de riesgo que presentaba, no tomaron oportunamente la decisión de interrumpir el embarazo vía abdominal.

SEGUNDA. - No existen elementos de mala práctica en la atención del recién nacido [...], en el HGVB México, perteneciente al ISEM, por el Pediatra **SP**, el catorce de marzo del dos mil veintiuno, toda vez que realizó las acciones conducentes de reanimación avanzada al recibir al niño[...], sin signos vitales, como lo marca la literatura y práctica médica vigentes.
[lo resaltado es propio]

---

[40] La puntuación de Bishop es el método tradicional de determinar la disposición del cuello uterino para abrirse (dilatarse) antes de la inducción del trabajo de parto. También evalúa la posición, el reblandecimiento y el acortamiento del cuello uterino, así como la ubicación de la parte del feto que se presenta. https://www.cochrane.org/es/CD010762/PREG_metodos-para-evaluar-la-maduracion-cervical-antes-de-la-induccion-del-trabajo-de-parto#:~:text=La%20puntuaci%C3%B3n%20de%20Bishop%20es,del%20feto%20que%20se%20presenta.

[41] En esta afección, hay demasiado poco líquido amniótico alrededor del bebé durante el embarazo. Se presenta en alrededor de 4 de cada 100 embarazos. El bebé necesita líquido amniótico para crecer. Este fluido acuoso se encuentra dentro del saco amniótico (membrana). A veces se denomina bolsa de aguas. El bebé permanece en este líquido durante todo el embarazo. Ayuda a acolchonarlo y protegerlo. El líquido amniótico también ayuda a que los pulmones, los riñones y el tracto gastrointestinal de su bebé crezcan. El líquido lo fabrican los pulmones y los riñones del bebé. El bebé ingiere el líquido y lo excreta en forma de orina. El desecho se elimina a través de la placenta. Las embarazadas normalmente tienen entre medio y 1 cuarto de galón (500 a 1,000 ml) de líquido amniótico. La falta o el exceso de líquido amniótico puede causar problemas. Estos problemas afectan la manera en que se desarrolla el bebé. Pueden causar complicaciones en el embarazo. O la cantidad de líquido amniótico puede ser una señal de otro problema.

[42] **Descripción general.** La inducción del trabajo de parto, también conocida como parto inducido, provoca que el útero se contraiga durante el embarazo antes de que el parto comience por sí solo para lograr un parto vaginal. https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141

IV. ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS Y RAZONAMIENTOS LÓGICO-JURÍDICOS

11. Con sustento en las evidencias reunidas a lo largo de la integración del expediente de queja, bajo una perspectiva de derechos humanos, enseguida se procede a realizar un análisis de los hechos del asunto, a partir de las obligaciones que la autoridad responsable debió satisfacer para asegurar a **V** su derecho a la protección de la salud, además de otras prerrogativas que por relación de interdependencia fueron transgredidas, considerando la condición de extrema vulnerabilidad en que se hallaba **V** debido al embarazo que cursaba, por lo cual debió darse prioridad a su atención, antes de que sus derechos fuesen vulnerados, prioridad que de acuerdo con el criterio de la SCJN[43] debió orientar el actuar del personal médico del ISEM para que sus acciones se ajustaran a la circunstancia y necesidades de la paciente.

12. Por tanto, las directrices que soportan el estudio y análisis de los hechos materia del presente asunto tienen como base el artículo 1°, párrafos primero, segundo y tercero de la CPEUM, los cuales establecen que en el país todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la propia Constitución establece; que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia y que todas las autoridades, en el ámbito de su

[43] **DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.** Tesis. XXVII.3o J/24 (10a.), Registro 2008515.

competencia, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad y que, como consecuencia de ello, el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos establecidos por la ley.

13. En vista de las circunstancias, se procede a hacer un análisis de los principios, así como de los derechos involucrados para establecer las obligaciones gubernamentales derivadas de ellos.

V.1. DE LA OBLIGACIÓN DE LA AUTORIDAD EN EL RESPETO DE LOS PRINCI´PIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS.

V.1.1. Universalidad

14. Como es sabido, el principio de universalidad, postula que los derechos humanos son inherentes a todas las personas y conciernen a la comunidad internacional en su totalidad.

15. Esta afirmación tiene su razón de ser en el hecho de que la naturaleza de los derechos humanos les permite adecuarse a las circunstancias, son flexibles, lo que les permite amoldarse a las contingencias; por tanto, siempre están con la persona, por ello, debido a esa flexibilidad es que son universales lo que nos lleva a significar que son protegidos a razón de que no se puede infringir la dignidad humana.

16. En este sentido, significando la universalidad, a raíz de un caso concreto nos lleva a estimar el contexto particular de cada persona, considerando así a la universalidad desde un sentido particular.[44]

17. El principio de universalidad parte de la identificación de **V** como una mujer embarazada que se encontraba en trabajo de parto. En este sentido, las personas embarazadas constituyen un grupo en situación de vulnerabilidad que ven acentuada su condición de desventaja, cuando en los hechos no existen garantías mínimas de protección a sus derechos.

18. Efectivamente, el derecho a una vida libre de violencia obstétrica comprende, a su vez, los derechos a estar libre de maltrato, juzgamiento, negligencia, discriminación o vejación durante el embarazo, parto o puerperio; a no ser sometida a tratos deshumanizados, patologizantes o innecesariamente medicalizados; al consentimiento libre e informado en todo momento; a recibir atención oportuna y eficaz en las emergencias y servicios obstétricos; al parto natural y solo bajo causa médica justificada el parto vía cesárea; al parto humanizado; entre otros.

En este sentido, se afirma que **V** fue objeto de violencia obstétrica porque no se le brindó una atención con calidad y calidez por parte de **PR** quien, a decir de **V**, se la pasaba en la computadora pese a que en dos ocasiones la última de las indicadas le hizo saber a la citada en primer término que se sentía mal que si no se podía -el nacimiento vía vaginal- que mejor cesárea, a lo que **PR** contestó que no, a más de que el Ginecólogo y Obstetra SPR1 no certificó mediante ultrasonido institucional la presencia del oligohidramnios y con el que hubiera podido apoyar su decisión de interrupción abdominal, SPR2 y PR continuaron con una inducto-conducción

[44] *Cfr.* Daniel, V. y Serrano, S. (2021). *Los Derechos en Acción* (Segunda Edición ed.). Flacso, México, p. 54.

deficiente, sin percatarse de la pérdida del bienestar fetal oportunamente, influyendo directamente en el resultado perinatal. Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado en una paciente multípara, aunado a los factores de riesgo que presentaba, no tomaron oportunamente la decisión de interrumpir el embarazo vía abdominal, además de que no alertaron previamente al servicio de pediatría de tener un binomio potencialmente complicable teniendo un retardo en la atención pediátrica, tal y como se evidenciará más adelante.

19. En las referidas circunstancias, la situación de vulnerabilidad en que se encontró **V**, en su condición de paciente obstétrica requería atención oportuna, de calidad y calidez y eficiencia en el HGVB del ISEM, lo que hacía urgente la adopción de medidas que permitieran garantizar la protección efectiva del derecho a la salud en dicho nosocomio, mediante acciones que la salvaguardaran y que los servidores públicos cumplieran con su deber de hacer efectivo ese derecho.

20. V1 presentaba un estado de vulnerabilidad acentuado en el cual sus necesidades fueron desestimadas, pasando por alto los signos de gravedad que presentaba.

V.1.2. Interdependencia

21. El principio de interdependencia permite establecer relaciones recíprocas entre los derechos, y advertir las relaciones directas o inmediatas que hay, tanto en el ejercicio de derechos, como en la violación de los mismos; así, los deberes y obligaciones de los derechos humanos que derivan del derecho violado tendrán impacto directo en varios derechos involucrados, y estos a su vez con el derecho humano vulnerado.[45]

[45] *Cfr. Ibidem*, p. 80.

22. En este sentido, como quedó parcialmente evidenciado, el derecho a la Salud de **V** se encuentra interdependientemente relacionado con el derecho de la mujer a no ser sujeta de violencia obstétrica.

23. Efectivamente, el artículo 3, fracción I, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México, señala que la violencia de género se concibe como:

> Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por:
>
> I. Violencia de Género: Al conjunto de amenazas, agravios, maltrato, lesiones y daños asociados a la exclusión, la subordinación, la discriminación y la explotación de las mujeres y las niñas y que es consubstancial a la opresión de género en todas sus modalidades. La violencia de género contra las mujeres y las niñas involucra tanto a las personas como a la sociedad en sus distintas formas y organizaciones, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad, al perpetuar formas legales, jurídicas, judiciales, políticas androcéntricas y de jerarquía de género y al no dar garantías de seguridad a las mujeres.
>
> La violencia de género se ejerce tanto en el ámbito privado como en el ámbito público manifestándose en diversos tipos y modalidades como la familiar, en la comunidad, institucional, laboral, docente, obstétrica, feminicida y en las relaciones afectivas de manera enunciativa y no limitativa;

24. En tanto, el artículo 27 ter, fracción I, del mismo ordenamiento señala que son actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, pero

no limitativa, **no atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.**[46]

25. En este sentido, tal y como se adelantó previamente, en el presente asunto se parte de la identificación de **V** como una mujer que se encontraba en trabajo de parto quien, en un par de ocasiones, solicitó la ayuda del personal médico de quienes obtuvo como respuesta, en sentido general, que el parto ya estaba avanzado y así iba a continuar, lo que a la postre redundó en la muerte del producto del embarazo de **V,** lo que evidencia el hecho de que las profesionales médicas atentaron contra el derecho a la salud de **V** al no brindarle atención oportuna y eficaz durante el parto ejerciendo con ello violencia obstétrica, en términos del artículo 27 terc, fracción I de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México y así se puede constatar mediante la opinión médico-técnica- institucional emitida por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. (Consultable a fojas de la 251 a la 281 del expediente de queja)

26. Además, también se puede afirmar que si bien formalmente **V** tuvo acceso a las instalaciones y servicio médico dependiente del Instituto de Salud del Estado de México, también lo es que materialmente no fue así, porque no contó con el apoyo y la asistencia médica que requería con motivo del parto de su hijo, tal y como quedó señalado en líneas que anteceden lo cual, de conformidad con el artículo 27 ter, fracción I, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, se traduce en un acto de violencia obstétrica, que trastocó e impactó directamente el derecho de **V** de recibir una atención médica integral.

---

[46] Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México Artículo 27 Ter.- Son actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, pero no limitativa, los siguientes: I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.

27. En esta línea, se puede afirmar que **SPR2** y **PR** como personal médico adscrito al Hospital General de Valle de Bravo, omitieron brindar a **V** las condiciones necesarias para garantizar su bienestar físico, mental y social, a través de bienes y servicios de calidad que le aseguraran a ella y a su bebé, el más alto nivel posible de salud.

V.1.3. Indivisibilidad

28. El principio de indivisibilidad requiere la búsqueda de relaciones indirectas o mediatas entre los derechos, a partir de una situación específica, sin que la relación sea evidente; el proceso de identificación de las relaciones entre los derechos y el contexto parte de aquellos elementos que conforman la vulneración de los derechos humanos.[47]

29. En este sentido, no pasa desapercibo que los hechos que dieron origen a la queja derivaron de la afectación física de **V,** lo que indudablemente trastocó sus derechos a recibir una atención médica integral y recibir un trato digno y respetuoso.

V.1.4. Progresividad

30. El principio de progresividad exige que, a medida que mejora el nivel de desarrollo de un Estado, mejore el nivel de compromiso de garantizar los derechos humanos.[48]

31. En este sentido, el principio de progresividad debe ser entendido como el avance paulatino y constante, por medio del cual los Estados –a partir de su compromiso

---

[47] *Cfr. Ibidem*, p. 82.

[48] *Cfr.* Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe Anual 1993*. OEA/Ser.L/V/II.85, Doc. 8 rev, 11 de febrero 1994, disponible en: https://www.cidh.oas.org/annualrep/93span/indice.htm.

internacional- adoptan las medidas necesarias y acordes para lograr gradualmente la plena efectividad de los DESC invirtiendo en ello hasta el máximo de sus recursos disponibles, sin dar pasos regresivos. En tal virtud, la protección alcanzada respecto al derecho humano a la salud deber ser respetada e incrementada, con base en el principio de progresividad, ya que no pasa desapercibido que la opinión Técnico-Médica institucional emitida por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México señala, y así se puede advertir de las declaraciones de los servidores públicos que participaron en los hechos, que: *"Será la institución hospitalaria la encargada de aportar documentales de la suficiencia de personal en las áreas involucradas y los protocolos de participación y asignación de personal, para acudir a asistir situaciones de urgencia, como en el presente caso."*[49]

V.2 DERECHOS VULNERADOS.

32. En mérito de lo anterior, tomando en cuenta lo documentado en el expediente respectivo, se procede a verificar la existencia de vulneraciones a los derechos humanos de la paciente **V**, con relación al actuar de los servidores públicos responsables.

V.2.1. Derecho a la protección de la salud

33. Salud es un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social, que supone la ausencia de enfermedades, constituye un factor determinante para el desarrollo individual y colectivo que permite tener una vida en condiciones de

[49] Cfr. Foja 280 del expediente de queja

dignidad.[50] Derecho a la salud es la facultad de disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.[51]

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

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

36. El derecho a la protección de la salud se encuentra regulado en el tercer párrafo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que:

> "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

[50] Cfr. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
[51] Cfr. Art. 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

37. Por su parte la Ley General de Salud, en su artículo 2° prevé como finalidades del derecho a la protección de la salud las siguientes: el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el reconocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

38. El artículo 27 de esta Ley, prevé como servicios básicos, entre otros, los siguientes: la educación para la salud, **la atención médica**, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la protección de la salud, la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables.

Asimismo, la disposición normativa contenida en el artículo 51 de la referida Ley General, dispone que **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.

39. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha considerado que el derecho a la salud debe garantizarse en términos de su disponibilidad, accesibilidad, no

discriminación, aceptabilidad y calidad. Lo cual implica, entre otras garantías, que el Estado:

1. Cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, cuya naturaleza dependerá particularmente de su nivel de desarrollo;
2. Que tales establecimientos estén al alcance de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, y;
3. Que además de resultar aceptables desde el punto de vista cultural deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y **ser de buena calidad**.[52]

40. Incluso ese alto tribunal se ha pronunciado sobre las obligaciones internacionales que derivan en torno a la importancia de garantizar el más alto nivel en las pretensiones relacionadas con el disfrute del derecho a la protección de la salud, a partir de una serie de estándares jurídicos y de la realización progresiva del derecho a la salud, destacando el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.[53]

41. Además, se ha adherido al estándar de protección propuesto por la Observación General No. 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), y al artículo 12 del

---

[52] Tesis Aislada P. XVI/2011, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto de 2011, página 29, con número de registro 161333, de rubro: "DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DICRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN."

[53] Amparo en revisión 378/2014, resuelto por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en sesión del día quince de octubre del dos mil catorce por mayoría de 3 votos con voto en contra de la Ministra Luna Ramos. Ministro Ponente: Ministro Alberto Pérez Dayán.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)[54], así como al artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos.[55]

42. En razón que ese marco normativo internacional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha estimado que la salud es una meta prioritaria en sí misma, y a su vez, un pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, pues el desarrollo de estas depende de los logros en salud, en tanto que, en un estado de bienestar general, es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos que están garantizados por la Constitución Federal y, en ese sentido, permiten llevar una vida digna.[56]

43. Asimismo, el criterio de ese órgano jurisdiccional ampara aquellos grupos en situación de vulnerabilidad, que reconoce la obligación del Estado de adoptar las medidas necesarias a fin de prestar un servicio de salud adecuado como una necesidad urgente y de cumplimiento inmediato,[57] en el caso concreto puede establecerse que la atención médica otorgada a **V** en el HGVB, no fue adecuada ni apegada a lo dispuesto en el artículo 4° párrafo tercero en armonía con el numeral 1°, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al andamiaje normativo en materia de salud, ni sustentado en estándares internacionales.

---

[54] Que conceptualiza el derecho a la salud como *"el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

[55] Derecho a la Salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

[56] Ibidem.

[57] SCJN AMPARA A PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA QUE GOCEN DEL DERECHO HUMANO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 12 DEL PACTO INTERNACIONAL DE LOS DESC. Segunda Sala, Amparo en Revisión 378/2014.

V.2.2. Derecho de acceso a una vida libre de violencia obstétrica

44. El derecho a la salud comprende varios derechos más, como en los casos de las prerrogativas a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; a la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; **de la misma forma que la salud materna, infantil y reproductiva**.[58]

45. En esta línea, el artículo 27 Bis, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México, establece que la violencia obstétrica se configura por "... parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes....."

46. Adicionalmente, el diverso 27 Ter del citado ordenamiento jurídicos señala:

Artículo 27 Ter.- Son actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, mas no limitativa, los siguientes:

I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.

II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.

---

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

[...]

IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer

47. En este sentido, los Estados se encuentran comprometidos a proteger y promover el derecho a la salud, particularmente el derecho de la mujer a no ser sujeta de violencia obstétrica en tanto derecho fundamental, de conformidad con las exigencias definidas en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho consuetudinario a ese plano, en virtud de las obligaciones contraídas a raíz de las firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales por ellos realizadas.

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

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

50. El artículo 61 de la Ley General de Salud reconoce la condición de vulnerabilidad en que se encuentran la mujer y *el producto de la concepción*, por ello, ordena priorizar la atención materno-infantil, que comprende acciones de atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requieran. Lo que se robustece con lo establecido por el artículo 61 Bis del mismo ordenamiento, el cual determina que la mujer embarazada debe obtener servicios de salud con respeto a sus derechos humanos.

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

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

53. Así, todas las mujeres tienen la facultad de recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo cual comprende el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio, libre de toda conducta, por acción u omisión, que vulnere

su integridad física y psicológica, expresada en un trato deshumanizado o discriminatorio de los profesionales de la salud.[59]

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

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

56. Como se pudo advertir, de los hechos se deduce que en el caso que nos ocupa, **V** fue víctima de violencia obstétrica de parte de servidores públicos del ISEM, durante su estancia en el HGVB, dado que quien la revisó en todo momento fue la médico residente **PR,** a quien **V** le pidió que, toda vez que su evolución no era favorable, permitía la práctica de cesárea, negándole esa posibilidad **PR** en virtud que, estaba avanzando la dilatación a quien **V** le pidió que, "... si no se podía de manera normal que me hicieran cesárea y ella me dijo que no, porque estaba avanzando la dilatación y que íbamos a continuar así", también le pidió ayuda y ella permaneció todo el tiempo en su computadora. Cuando **V** entro en labor de parto la hicieron que se levantara y se fuera caminando a la sala de partos. circunstancias todas ellas que evidencian violencia obstétrica y se corrobora con el **Dictamen Técnico-Médico Institucional**[60]

---

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

[60] Oficio y dictamen localizados en fojas 250 a 281.

emitido por la CCAMEM respecto de los hechos a que se contrae la presente determinación del que se concluye, entre otras cosas, que *"... la Ginecóloga y Obstetra **SPR2** y de la residente de cuarto año **PR**, ya que **pese a los factores de riesgo que tenía la paciente, continuaron con una inducto-conducción deficiente, sin percatarse de la pérdida del bienestar fetal oportunamente, influyendo directamente en el resultado perinatal.** Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado en una paciente multípara, aunado a los factores de riesgo que presentaba, no tomaron oportunamente la decisión de interrumpir el embarazo vía abdominal. Además que no alertaron previamente al servicio de pediatría de tener un binomio potencialmente complicable teniendo un retardo en la atención pediátrica."*

V.2.3. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

57. El derecho a recibir atención médica integral se concibe como el derecho que tiene todo ser humano de **recibir atención y tratamientos oportunos** para satisfacer las necesidades de salud, respetando el principio de la autonomía del paciente.

58. Sobre el particular, el artículo 27 fracción III de la Ley General de Salud establece que la atención médica integral comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.[61]

59. Así mismo, el numeral 51 párrafo primero, de la Ley en cita señala que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a

[61] Ley General de Salud. Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.[62]

60. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en su artículo 48 señala que"... *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.*"[63]

61. Por su parte, la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA[64], en su apartado 5.5 Titulado Del parto, en sus

---

[62] Ibid. 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.

[63] Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 48.- 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.

[64] NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. 5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.
5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014 Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.
5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.
5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto.
Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.
5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.
5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

puntos 5.5.3; 5.5.4; 5.5.7; 5.5.10; 5.5.12 y 5.5.13 señalan en esencia que: **ninguna persona que preste servicios de ginecología** y obstetricia, discriminará o **ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto;** que **en la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia; la inducción y conducción del trabajo de parto se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado;** las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. **La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.** La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto; Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y **valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve;** el registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente y que las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico.

62. Supuestos que se estima fueron inobservados por los profesionales de la salud debido al desdén de **PR**, quien siempre se mantuvo distante de **V** porque, a decir de ésta última, **PR** "... **se la pasaba en su computadora...**"; del expediente de queja no se desprenden razones bastantes y suficientes que justifiquen la razón del porqué se continuó con la inducto-conducción, pese a que V **pidió a PR que"... si no se podía de manera normal que me hicieran cesárea..." a lo que PR le respondió"...no,**

porque estaba avanzando la dilatación y que íbamos a continuar así..." lo que denota que el criterio médico de continuar con **la inducción y conducción del trabajo de parto no se realizó basado en evidencias y con atención personalizada y menos aún que dicho procedimiento hubiere sido informado y autorizado previamente por la paciente, constatable a través de un consentimiento informado, particularmente cuando de la primera conclusión, inciso b), de la opinión técnico-médico-institucional emitida por la CCAMEM se advierte que:** "b) Existen elementos de mala práctica médica por parte de la Ginecóloga y Obstetra **SPR2** y de la residente de cuarto año **PR**, ya que **pese a los factores de riesgo que tenía la paciente, continuaron con una inducto-conducción**[65] **deficiente, sin percatarse de la pérdida del bienestar fetal oportunamente, influyendo directamente en el resultado perinatal.** Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado en una paciente multípara, aunado a los factores de riesgo que presentaba, no tomaron oportunamente la decisión de interrumpir el embarazo vía abdominal."

63. En esta línea, considerando que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. Que la **frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y que para ello se sugiere un control cada 30 a 45 minutos, que** la basal se tomará entre contracciones, que son valores normales 120 a 160 latidos por minuto en tanto que valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia **y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia** leve **"... *llama la atención***

[65] Descripción general. La inducción del trabajo de parto, también conocida como parto inducido, provoca que el útero se contraiga durante el embarazo antes de que el parto comience por sí solo para lograr un parto vaginal. https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141

el registro de frecuencias cardiacas fetales, en las que nunca presentó variaciones patológicas, lo cual no coincide con el resultado perinatal."[66] ***Obligan a concluir que se vulneró, en perjuicio de V, su Derecho a recibir Atención Médica Integral.***

V.3. OBLIGACIONES GENERALES Y DEBERES ESPECIFICOS DE DERECHOS HUMANOS INCUMPLIDOS POR LA AUTORIDAD.

64. Atento a las consideraciones que anteceden, así como al análisis de la intervención y atención médica otorgada a **V**, por parte de servidores públicos adscritos al ISEM en el HGVB, durante los días trece y catorce de marzo de dos mil veintiuno, con apoyo en las conclusiones aportadas por la CCAMEM en el dictamen técnico-médico institucional que emitió, se pueden advertir responsabilidades concretas de especialistas en ginecología y obstetricia.

65. Por lo tanto, con fundamento en lo que disponen los artículos 98 y 100 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, se procede a determinar la forma en que los servidores públicos involucrados en los hechos materia de la presente Recomendación, incumplieron con los principios, obligaciones y deberes contenidos en la CPEUM, antes mencionados, efectuándose el análisis de la transgresión a derechos humanos cometida, en función de las obligaciones estatales de respeto, garantía y protección.

[66] Opinión Técnico-Medico Institucional emitido por la CCAMEMM, consultable a fojas 52 y 53.

V.3.1. Obligación de garantizar

66. Esta exigencia se traduce en acciones para materializar el derecho, es decir, se trata de una obligación estatal positiva que encuentra una triple vía para su realización: la remoción de todo aquello que restrinja el ejercicio de los derechos; la provisión de los recursos, bienes o servicios, o bien facilitar las actividades para asegurar la igualdad sustantiva; además de planear y establecer metas respecto de los dos puntos anteriores.[67]

67. Asimismo, resulta necesario atender a lo señalado por la SCJN al respecto:

> [...] para determinar[...] la obligación de garantizarlos; y como la finalidad de esta obligación es la realización del derecho fundamental, requiere la eliminación de restricciones al ejercicio de los derechos, así como la provisión de recursos o la facilitación de actividades que tiendan a lograr que todos se encuentren en aptitud de ejercer sus derechos fundamentales. La índole de las acciones dependerá del contexto de cada caso en particular; así, la contextualización del caso particular requiere que el órgano del Estado encargado de garantizar la realización del derecho tenga conocimiento de las necesidades de las personas o grupos involucrados, lo que significa que debe atender a la situación previa de tales grupos o personas y a las demandas de reivindicación de sus derechos. Para ello, el órgano estatal, dentro de su ámbito de facultades, se encuentra obligado a investigar, sancionar y reparar

[67] Cfr. Fredman (2008) citado por Serrano y Vázquez, Op. cit., nota 00000, p. 115 y ss.

> las violaciones a derechos humanos que advierta, de forma que su conducta consistirá en todo lo necesario para lograr la restitución del derecho humano violentado. Por tanto, su cumplimiento puede exigirse de inmediato (mediante la reparación del daño) o ser progresivo. En este último sentido, la solución que se adopte debe atender no sólo al interés en resolver la violación a derechos humanos que enfrente en ese momento, sino también a la finalidad de estructurar un entorno político y social sustentado en derechos humanos. Esto implica pensar en formas de reparación que, si bien tienen que ver con el caso concreto, deben ser aptas para guiar más allá de éste.[68]

68. En idéntico sentido, en cuanto a la obligación de garantizar, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha expresado que no basta con que las autoridades eviten vulnerar los derechos, sino que es preciso adoptar medidas positivas, de acuerdo con las necesidades de protección del titular del derecho, en función de su condición personal o por la circunstancia en que se halle.[69]

69. El Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, ha destacado que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre los que se encuentra el derecho a la salud. Ciertamente, esos niveles dependen de los recursos

---

[68] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o. J/24 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2254, Registro digital 2008515.

[69] *Cfr.* Corte IDH. *Caso González y Otras (Campo Algodonero) vs. México.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas) Serie C. No. 205, párr. 243, disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf (consultado el 26 de septiembre de 2022).

disponibles, no obstante, el Estado debe concederles prioridad en los esfuerzos destinados a lograr su realización. En cuanto al derecho a la salud, el Comité ha especificado cinco derechos derivados o componentes a los que corresponde esa obligación mínima básica estatal, uno de ellos es el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales.[70]

70. De igual forma, el Comité de los Derechos Económicos, sociales y Culturales contempla entre las obligaciones legales de carácter general de los Estados, la de *cumplir*, que a su vez comprende las obligaciones de *facilitar*, *proporcionar* y *promover*. En concreto, la obligación de cumplir "requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud."[71]

71. Según ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos, "la obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que

---

[70] *"El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales también ha subrayado que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar la satisfacción de niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. Aunque esos niveles en cierta medida dependen de los recursos disponibles, el Estado debe concederles prioridad en sus esfuerzos encaminados a lograr la realización de los derechos. Con respecto al derecho a la salud, el Comité ha subrayado que los Estados deben garantizar: • El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;• El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional; • El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados; • El suministro de medicamentos esenciales; • Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud."* Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/OMS. El derecho a la salud, folleto informativo N° 31, Ginebra, OACPDH/OMS, pp. 36 y 37. Cfr. Observación General N° 14 del propio Comité DESC. https://www.refworld.org.es/docid/5289d2de4.html

[71] Cfr. Comité DESC, "Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)"E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000.

asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos."[72]

72. Con base en lo antes expuesto así como las evidencias que obran en el sumario, considerando la situación concreta de **V**, la prestación del servicio médico brindado por parte de los especialistas **SPR1** y **SPR2,** durante su estancia en el HGVB, esta Casa de la Dignidad y las libertades considera acreditada mala práctica médica en transgresión del derecho a la protección de la salud y violencia obstétrica en perjuicio de **V**.

V.3.2 Obligación de proteger

73. Tratándose de una obligación estatal de hacer, positiva, precisa de la salvaguardia o resguardo de las personas por parte del Estado contra todo abuso cometido por servidores públicos o agentes privados, en dos momentos: antes de la existencia de una violación a algún derecho y después de cometida aquella (dimensiones de prevención y de reparación, respectivamente).[73]

74. Sobre el particular, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha expresado una postura en los siguientes términos:

> [...] para determinar[...] la obligación de protegerlos. Ésta puede caracterizarse como el deber que tienen los órganos del Estado, dentro del margen de sus atribuciones, de prevenir violaciones a los derechos fundamentales, ya sea que provengan de una autoridad o de algún particular y, por ello, debe contarse tanto

[72] Cfr. Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo) Serie C N° 1, (disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf (consultado el 27 de septiembre de 2022).
[73] Cfr. Ibídem, p. 124 y ss.

con mecanismos de vigilancia como de reacción ante el riesgo de vulneración del derecho, de forma que se impida la consumación de la violación. En este último sentido, su cumplimiento es inmediatamente exigible, ya que como la conducta estatal debe encaminarse a resguardar a las personas de las interferencias a sus derechos provenientes de los propios agentes del Estado como de otros particulares, este fin se logra, en principio, mediante la actividad legislativa y de vigilancia en su cumplimiento y, si esto es insuficiente, mediante las acciones necesarias para impedir la consumación de la violación a los derechos. De ahí que, una vez conocido el riesgo de vulneración a un derecho humano, el Estado incumple su obligación si no realiza acción alguna, sobre todo, porque, en el caso de sus propios agentes, está obligado a saber todo lo que hacen.[74]

V.3.3. Obligación de Promover

75. Uno de los deberes estatales, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, es el de hacer todo lo posible por impulsar el desarrollo y la realización de los derechos humanos, en este caso de la libertad de expresión y de la integridad personal.

76. La obligación gubernamental de promover, en el presente asunto, debe ser evaluada desde la perspectiva de establecer si los servidores públicos están

77. Vale acotar que como resultado de la valoración efectuada a la documentación aportada por la autoridad responsable, se observó que se impone reforzar la observancia de los instrumentos normativos citados en el presente documento por

[74] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE PROTEGERLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o J/25 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2256, Registro digital 2008516.

parte de los profesionales de la salud, mediante cursos de capacitación a efecto de evitar la repetición de este lamentable tipo de acontecimientos.

Responsabilidad de SPR1

78. V manifestó que debido que cursaba con 41 semanas de embarazo, el día 13 de marzo del 2021 alrededor de las 9:30 horas, se presentó a revisión al HGVB, lugar en la que fue atendida por **PR** y **SPR1** quien tras su valoración médica le indicó que era necesario internarla toda vez que contaba con disminución de líquido amniótico, además tenía que inducirla al parto y en caso que no evolucionara favorablemente practicarle cesárea.[75]

79. Paralelamente **SPR1** encontró a la exploración física índice de Bishop[76] desfavorable de 0[77], que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, **V** era candidata a maduración cervical mediante el uso de oxitocina.[78] Es de resaltar que en base a los hallazgos encontrados de oligohidramnios, índice de Bishop desfavorable de 0[79] detectados por parte del especialista **SPR1**, así como los riesgos detectados en un inicio, debió someter a **V** a la práctica de una cesárea y descartar la continuación de la inducción del trabajo de parto, como se lo propusieron según refiere, incumpliendo con ello, la observancia de la Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el*

[75] Evidencia A. Fojas 2 a la 5.
[76] El test de Bishop, también conocido como índice de Bishop, es una puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto. Cuando la puntuación del test es 6 o menos, se debe realizar una maduración cervical previa a la inducción.
[77] Opinión Técnico-Medica Institucional emitida por la CCAMEM, foja 51; 276 reverso del expediente de queja
[78] Evidencia M.
[79] Folio 39 del expediente de queja

Segundo Nivel de Atención, tal y como se refirió en la Opinión Técnico-Medico-Institucional de la CCAMEM.

80. SPR1 relativo a la atención médica que brindó a **V** en esa fecha en el HGVB, mediante informe médico asentó que a su llegada en triage obstétrico decidió su ingreso para inducto-conducción de trabajo de parto con el siguiente diagnóstico: confirmo las 41 semanas de gestación, sin trabajo de parto, obesidad materna y oligohidramnios[80], refiere que se propuso a **V** la interrupción del embarazo vía abdominal por los riesgos que presentaba, sin embargo no aceptó, posteriormente determinó que se vigilaría de manera continua el bienestar materno-fetal y el trabajo de parto con monitorización de frecuencia cardiaca fetal de manera continua y reportada en el partograma cada media hora.[81]

81. Con este diagnóstico fue ingresada a la unidad toco quirúrgica en donde se realizó rastreo ecográfico que detectó un índice de líquido amniótico medido con técnica de cuatro cuadrantes disminuido a razón de 4 centímetros cúbicos[82], sin embargo, **SPR1** aun con estos indicios debió confirmar dicho hallazgo con la práctica de una ecografía[83] institucional que respaldara las sospechas y sobre todo para fundamentar su decisión en cuanto a la resolución del embarazo.[84]

---

[80] Es la disminución del líquido amniótico se asocia con un incremento de la morbimortalidad del recién nacido.

[81] Evidencias B, E y F. Fojas 71 a la 121, 142 a la 146 y 165 a la 167.

[82] índice de líquido amniótico (ILA), es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis pública y el fondo uterino. El transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo. Se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 centímetros.

[83] En el caso de la mujer embarazada, son realizados para detectar los casos de mayor riesgo de problemas maternos o fetales, tienen como objetivo más específico obtener una apreciación de las características y conformación general del bebé, placenta y líquido amniótico.

[84] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.

82. Por su parte **V** reafirmó que, tras su valoración médica, aproximadamente a las 11:30 horas paso al cuarto de trabajo de parto, donde empezó a sentir contracciones las cuales se presentaron el transcurso de todo ese día.[85]

83. Respecto a lo anterior, resulta relevante mencionar que, mediante preguntas expresas por parte de personal adscrito de este Organismo, se interrogó a **SPR1** el motivo por el cual no se practicó a **V** el procedimiento de cesárea, al respecto el médico tratante respondió:

> [...] se le propuso[...] porque no traía trabajo de parto[...] la paciente ejerció su derecho de poder decidir sobre su atención[...] le dije que la única forma es que la estemos monitorizando todo el tiempo [...].[86]

84. A continuación, se transcribe el criterio adoptado por el alto tribunal respecto a la *lex artis*[87], tratándose de la actuación de un profesional de la salud, como enseguida se expone:

> RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. SIGNIFICADO DEL CONCEPTO LEX ARTIS PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN. De los artículos 9°. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 2°., fracciones XIV y XV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje México, 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

[85] Evidencia A. Fojas 2 a la 5.

[86] Evidencia F. Fojas 165 a la 167.

[87] De acuerdo a la RAE es el conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio.

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.[88]

85. Así también, en términos del dictamen técnico-médico institucional suscrito por la CCAMEM en su conclusión PRIMERA, inciso a), se puntualizó:

[...] El Ginecólogo y Obstetra **SPR1**, estableció un cálculo de riesgo obstétrico que constó en la edad materna avanzada, antecedente de cesárea previa, presentando un índice de Bishop desfavorable y oligohidramnios, decidiendo ingresar a la paciente para el procedimiento denominado inducción del trabajo de parto el cual por los factores de riesgo antes mencionados tenía muchas posibilidades de complicarse, además de que no certificó mediante ultrasonido institucional la presencia del oligohidramnios y con el que hubiera podido apoyar su decisión de interrupción abdominal.[89]

[88] SCJN. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4°.A.91 A (10ª) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito, Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.
[89] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.

De esta forma **V** permaneció hasta el cambio de turno que se dio a las veinte horas, sin embargo, durante este lapso de tiempo **SPR1** desestimó los reportes arrojados en el partograma que dejo de manifiesto el desapego del médico especialista en la inducto-conducción del trabajo de parto, que en ese tiempo y hasta las veintidós horas con treinta minutos, registraba una evolución de la fase latente a la activa, hasta que alcanzó una dilatación de cinco centímetros, sin realizar cambios relativos a su atención.[90]

Por cuanto hace al producto de la concepción, para finalizar su turno el registro de frecuencia cardiaca no presentaba variaciones patológicas, lo cual el especialista médico no percibió, asimismo, de acuerdo al resumen médico que presentó éste indicaba que a las veinte horas entrego el turno y a la paciente **V** con movimientos fetales presentes con frecuencia cardiaca de 148 latidos por minutos[91], lo que no es coincidente con el resultado perinatal[92]. Desatendiendo con esto la obligación establecida en la Guía de Práctica Clínica de *Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*.

Responsabilidad de SPR2

86. Al continuar con la atención médica brindada a **V** el turno nocturno estuvo a cargo de **SPR2**[93], médica adscrita especialista en ginecología y obstetricia, quien la encontró en fase latente y aun con efecto oxitócico[94] desde hacía nueve horas, condición que de acuerdo a la teoría y práctica médica, una vez habiendo analizado los factores de riesgo por parte de **SPR2** aun podía establecer el diagnostico de una operación

[90] Evidencia B y M. Fojas 71 a la 121 y 250 a la 281.
[91] Evidencia B. Fojas 71 a la 121
[92] El periodo perinatal es el espacio de tiempo que va de la semana 28 de gestación al séptimo día de vida fuera del útero materno del bebé.
[93] Evidencias A, B, G y M. Fojas 2 a la 5, 71 a la 121, 177 a la 213 y 250 a la 281.
[94] Fármaco que estimula la contracción del miometrio, se usa para inducir el trabajo de parto a término.

cesárea[95], toda vez que el binomio materno-fetal aún se encontraba estable tal y como se refirió en la Opinión Técnico-Medica Institucional elaborada por la CCAMEM.

87. Con base en el dictamen técnico-médico institucional, se puede afirmar que a las 23:30 del día de los hechos se detectó fase activa con una dilación de 5 centímetros y 50% de borramiento, momento en el que **SPR2** ya se encontraba informada de los factores de riesgo que presentaba **V** y se encontraban establecidos en el expediente clínico, el tiempo transcurrido, asociado que no podía acreditar el bienestar fetal por falta de papel en el cardiotocógrafo[96], sin embargo **SPR2** tomo la decisión de continuar con la conducción de trabajo de parto.[97]

88. Al respecto, mediante comparecencia en instalaciones de este Organismo en fecha 24 de junio de 2021, **SPR2** refirió que de presentarse datos de compromiso de bienestar o sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto, la decisión de autonomía de la paciente se revoca a una cesárea de emergencia por bienestar del binomio, por lo que, en el caso particular de **V**, refirió que no presentó datos de sufrimiento fetal que haya ameritado una cesárea de emergencia, por lo que continuo con la inducción del parto.[98]

89. Resumen médico de **SPR2** integrado al expediente clínico que refiere:

---

[95] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.
[96] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.
[97] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.
[98] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.

[...] a las 12h00 pm ya en servicio de toco cirugía se inicia inducción de trabajo de parto con oxitocina a dosis bajas [...] por las próximas 6 horas se mantiene en inducción de trabajo de parto [...].[99]

A las 5:00 horas del día 14 de marzo de 2021 se citó en la nota de evolución agregada en el expediente clínico, la detección de amniorrexis[100] espontanea en periodo expulsivo, situación advertida en el dictamen técnico-médico institucional de la CCAMEM, percatándose los tratantes médicos de la presencia de meconio espeso[101], a esas horas la paciente llegó a los 10 centímetros de dilación y 100% de borramiento del cérvix y pasó a sala de expulsión; hasta las 6 horas con 16 minutos se obtuvo al producto de la gestación.[102]

Es decir, duró una hora y dieciséis minutos en periodo expulsivo a pesar de ser multípara, no menos de 30 minutos como estableció **SPR2** en su comparecencia ante personal de este Organismo[103], lo cual influyo considerablemente en el resultado perinatal[104], toda vez que se trató de un feto completamente atónico sin vigor, sin llanto, el cual fue entregado al médico interno de rotación de pediatría para su reanimación, sin que éste pudiera hacer nada al respecto, debido que murió dentro de la cavidad uterina, según lo reportó **SPR2** en el certificado de defunción.[105]

Situación que fue corroborada por el servicio de enfermería, que se refirieron que el feto nació sin signos vitales[106], por **SP** médico adscrito con especialidad en pediatría quien mediante comparecencia en este Organismo, indicó que el producto falleció antes del nacimiento con diagnóstico de defunción anoxia fetal in útero[107], incluso la propia **V** se refirió al momento del alumbramiento en el que no escuchó llorar a su

---

[99] Evidencia B. Fojas 71 a la 121.

[100] Se refiere a la rotura prematura de membranas, se manifiesta como la pérdida del líquido amniótico que rodea al feto en cualquier momento antes de que comience el parto.

[101] Evidencias B y M. Fojas 71 a la 121 y 250 a la 281.

[102] Evidencias B y M. Fojas 71 a la 121 y 250 a la 281.

[103] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.

[104] Evidencias B y M. Fojas 71 a la 121 y 250 a la 281.

[105] Evidencia B. Fojas 71 a la 121.

[106] Evidencia B. Fojas 71 a la 121.

[107] Evidencia C. Fojas 125 a la 128.

bebé, incluso mencionó al pediatra que trato de reanimarlo decir que era demasiado tarde.[108]

90. Respecto a lo anterior la CCAMEM al pronunciarse sobre los hechos a través del dictamen técnico-médico institucional estableció:

> [...] es factible considerar que existió perdida absoluta y evidente del bienestar fetal en algún punto de la inductoconducción, que no fue detectado oportunamente y que conllevó a las condiciones del nacimiento del producto de la gestación [...]
>
> A mayor abundamiento **SP** asentó en la respectiva nota médica que al acudir al llamado para la atención médica del recién nacido, lo encontró flácido, cianótico, con maceración de escroto y palmas de las manos, sin esfuerzo ventilatorio, ni frecuencia cardiaca, hallazgos que solo demostraron muerte fetal de varios días antes del nacimiento, lo que evidentemente fue contradictorio a los registros de frecuencia cardiaca que dijeron se tomaron y coincidente con el resultado perinatal.[109]
>
> Por lo que, es posible establecer la inobservancia por parte de **SPR2** en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-**S**SA2-2016, **P**ara la *Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida*, de la Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, así como de la Guía de Práctica Clínica de *Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*.

[108] Evidencia A. Fojas 2 a la 5.
[109] Evidencias B, C y M. Fojas 71 a la 121, 125 a la 128 y 250 a la 281.

91. Así las cosas, por cuanto a la atención médica brindada al vínculo materno-fetal la CCAMEM concluyó que existieron elementos de mala práctica médica por parte de **SPR2**, debido a:

> [...] pese a los factores de riesgo que tenía **V**, continuaron con una inducto-conducción deficiente, sin percatarse de la pérdida del bienestar fetal oportunamente, influyendo directamente en el resultado perinatal. Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado en una paciente multípara, aunado a los factores de riesgo que presentaba, no tomaron oportunamente la decisión de interrumpir el embarazo vía abdominal. Además, que no alertaron previamente al servicio de pediatría de tener un binomio potencialmente complicable teniendo un retardo en la atención pediátrica [...][110]

> Respecto a la intervención de **SP** del servicio de pediatría al momento del alumbramiento, si bien es cierto que su actuación no fue determinante para salvar la vida del producto de la concepción, debido de que el feto había fallecido *in* útero antes de su nacimiento, si es el hecho de que **SPR2** no haya solicitado su intervención especializada previo al evento del parto, tomando en cuenta los factores de riesgo existentes que pudieran representar alguna eventualidad.

92. Para robustecer lo anterior el propio **SP** refirió mediante comparecencia con personal de este Organismo que:

> [...] no tengo conocimiento de **V**, nunca se me informó de su embarazo de alto riesgo, nunca recibo ninguna interconsulta verbal o escrita por parte del servicio de ginecología [...][111]

---

[110] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.
[111] Evidencia C. Fojas 125 a la 128.

93. Lo cierto es que **SP** se presentó en la sala de expulsión minutos después del alumbramiento, para lo cual inmediatamente aplico maniobras de reanimación sin respuesta favorable, refuerza lo anterior la manifestación de **PR** quien, mediante escrito incorporado en el expediente de queja, manifestó:

> [...] posterior al recibir el recién nacido me percate que se encontraba no vigoroso con respiraciones lentas[...] entrego recién nacido a Mip de pediatría, el cual observo que no cuenta con los conocimientos para realizar una reanimación básica de un recién nacido[...] indico a personal de enfermería que por favor hable a médico adscrito de pediatría de forma urgente [...] el cual transcurre aproximadamente más de 5 minutos para su llegada [...][112].

94. Relativo a este hecho, la CCAMEM mediante dictamen técnico-médico institucional se pronunció a la actuación de **SPR2** de la siguiente manera:

> [...] se pudo avisar oportunamente al Pediatra para que estuviera en la sala de expulsión al momento del nacimiento y así no perder minutos preciados en la reanimación[...]

95. Sobre el particular **SPR2** también contravino la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, que, en armonía con lo anterior, cita textualmente:

> [...] **5.7 Atención a la persona recién nacida.**
>
> **5.7.1** La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y

[112] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.

5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria[...]

96. Como se advierte, la asistencia médica otorgada a **V** repercutió de manera irreparable en el producto de la concepción, causándole una afectación directa e irreparable que finalizó con anoxia fetal in útero que provocó su muerte, contraponiéndose a una práctica médica de calidad, la cual consistía en brindar el servicio médico a la paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.[113]

97. Así las cosas, el producto de la concepción es posible haya muerto varios días antes del alumbramiento, condiciones de deberán ser esclarecidas por parte de las autoridades competentes, como bien lo citó la CCAMEM en el dictamen técnico-médico institucional, toda vez que de acuerdo con el certificado de muerte fetal expedido por **SPR2** describe como causa del fallecimiento la antes indicada, el día catorce de marzo de dos mil veintiuno a las dieciséis horas con dieciséis minutos.[114]

---

[113] Aguirre-Gas, Héctor Gerardo, Zavala Villavicencio, Jesús Antonio, Hernández Torres, Francisco y Fajardo Dolci, Germán, Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional, revista vol. 78, No.5, septiembre-octubre 2010.

[114] Evidencia B. Fojas 71 a la 121.

98. Al respecto, el criterio adoptado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, relativo a salvaguardar el derecho humano a la vida, parte de lo siguiente:

> [...] El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja,[...] no sólo prohíbe la privación de la vida[...], también exige[...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho[...] existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias[...] tendentes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...][115]

99. Por último, este Organismo estima que **SPR1** y **SPR2** pudieron haber incumplido diversas obligaciones que les imponían las disposiciones jurídicas precisas en líneas que anteceden debido a que fueron los médicos adscritos responsables de la atención obstetra de **V**, los días trece y catorce de marzo de dos mil veintiuno.

100. Lo anterior es así porque, respecto a tal aseveración **V** señaló:

> [...] A las 8:00 pm. Aproximadamente realizan el cambio de turno y **SPR1** salió y ahora me estaba atendiendo **SPR2**, quien era la encargada del turno. Sin embargo, la persona que me iba a revisar en todas las ocasiones fue **PR** quien es Residente de Ginecología [...].[116]

101. En efecto, este Organismo pudo determinar una participación constante de **PR** durante el transcurso de la inducto-conducción en la que se sometió a **V**, en el que, quedó demostrado que durante lapsos de tiempo actuó sola sin la dirección y vigilancia

---

[115] Tesis constitucional "Derecho a la vida, supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado". Semanario Judicial de la Federación, enero 2011, registro 163169.
[116] Evidencia A. Fojas 2 a la 5.

de los médicos adscritos, existiendo con ello desapego a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la *Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas* que establece en su numeral 10.3, lo siguiente:

> [...] Durante su adiestramiento clínico o quirúrgico, los médicos residentes participaran en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes[...]

102. En consecuencia, en 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 profesiones. En el presente asunto **PR** confirmó que en algunas ocasiones se encontraba sola sin el apoyo de algún otro compañero del mismo grado y sin el médico adscrito, sin embargo, sostuvo que siempre permaneció en constante vigilancia de la paciente **V**.[117]

103. Asimismo, **PR** agregó:

> [...] al entrar en fase expulsivo[...] paso a la paciente a sala de expulsión por mis propios medios sin ayuda de camilleros ni personal de enfermería *-ya que en ese momento no se encontraba nadie en unidad tocoquirúrgica-* por lo que con ayuda de MIP INTERNO DE PEDIATRIA [...] Y MIP DE GINECOLOGIA paso a la paciente a sala y la ayudo a colocarse en mesa de expulsión para realizar atención de parto, pese a ello informó a personal de enfermería que pasa paciente y acuden ya hasta la expulsión del recién nacido[...]

[117] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.

104. Situación que concuerda con lo manifestado por **SPR2**, cuando se refiere al momento del alumbramiento, ésta manifestó:

> [...] bajo referencia de la doctora **PR** la paciente pasa a sala de partos[...] donde se recibe a recién nacido[...] de forma posterior es entregado al médico interno de pediatría corroborándose frecuencia cardiaca fetal por **PR**, quien solicita de forma urgente acuda médico especialista de pediatría para maniobras de reanimación neonatal [...][118]

105. Además, concatenado al hecho que reconoció que siendo las 5:00 horas del día 14 de marzo de 2021, se ausentó para apoyar a paciente en estado de gravidez, trasladándose al área COVID-19 esa noche en particular, por lo que el tiempo de valoración para esa persona fue de 1 hora aproximadamente.[119]

106. Por su parte, la CCAMEM a través del dictamen técnico-médico institucional, se refirió a la atención médica brindada por **PR** de la siguiente manera:

> [...] la médico becario estuvo durante algunos lapsos sola durante la conducción del trabajo de parto [...] lo que tuvo una repercusión directa en la toma de decisiones las que tenían que estar avaladas por su médico adscrito [...][120]

107. Por tales circunstancias se puede determinar que **SPR1** y **SPR2** delegaron a **PR** la atención médica de **V**, sin la correspondiente supervisión, quienes eran los médicos especialistas tratantes y responsables directos de la actividad de **PR**, la cual tendrían que vigilar se realizará correctamente y sin ningún contratiempo, omisiones que

[118] Evidencias D y G. Fojas 130 a la 140 y 177 a la 213.
[119] Evidencia G. Fojas 177 a la 213.
[120] Evidencia M. Fojas 250 a la 281.

pudieron ser previsibles en función de lo que establece la norma oficial mexicana NOM-090-SSA1-1994, como lo advirtió la CCAMEM a través del dictamen técnico-médico institucional.

108. Por lo expuesto, este Organismo Constitucional considera acreditados los actos y omisiones de los médicos especialistas, **SPR1** y **SPR2**, que en su carácter de servidores públicos incumplieron el conjunto de obligaciones que debieron acatar para una adecuada protección de la salud, integridad personal y vida en perjuicio de **V** y del producto de la concepción matizada con tintes de violencia obstétrica y cuya atención distó de ser oportuna, profesional, diligente y de calidad.

109. De esta forma se puede estimar que los servidores públicos **SPR1** y **SPR2**, con su proceder contravinieron las siguientes disposiciones normativas:

De la Ley General de Salud:

> **Artículo 51.-** Los usuarios[121] 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.
> [...]

110. De la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016**, Para la *Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida:*

[121] Se considera usuario a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables. Cfr. artículo 50 de la Ley General de Salud.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

111. Guía de Práctica Clínica ***Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención:***

Recomendación. Si se considera inducir trabajo de parto, debe abordarse y documentarse: indicación de la inducción, si existe alguna contraindicación, edad gestacional, cérvix favorable, presentación fetal, desproporción cefalopélvica, bienestar fetal y estado de las membranas.

Buena práctica. Si el cérvix es desfavorable, según la escala de Bishop (-6), la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto.

Buena práctica. Las indicaciones para la inducción del trabajo de parto no son absolutas, sino que deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores. Los siguientes son ejemplos de las condiciones maternas o fetales que pueden ser indicaciones de la inducción del parto: ... embarazo postérmino... oligohidramnios.

Recomendación. La inducción del trabajo de parto de forma electiva está asociada a complicaciones potenciales, por eso no debe recomendarse, y sólo debe realizarse después de dar a la mujer la información completa acerca de los riesgos y una vez que se halla establecido de manera precisa la edad gestacional.

Recomendación. A mujeres con embarazos no complicados se les debe ofrecer inducción de trabajo de parto entre las semanas 41 y 42 para evitar el riesgo de embarazo prolongado. El tiempo exacto para realizar la inducción tiene tomar en cuenta las preferencias de la mujer, así como las circunstancias locales.

Buena práctica. No se recomienda la inducción del trabajo de parto si existe restricción severa en el crecimiento con compromiso fetal confirmado.

Recomendación. Cuando se usa oxitocina para inducir el trabajo de parto se debe usar la dosis mínima para desencadenar la fase activa del trabajo de parto, y aumentar en intervalos no mayores de cada 30 minutos.

112. Guía de Práctica Clínica de ***Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo:***

Recomendación. Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad,

así como el asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Recomendación. La fase activa del trabajo de parto es un periodo de tiempo que se caracteriza por actividad uterina regular y dolorosa, asociado a modificaciones cervicales. Inicia a los 5 centímetros de dilatación y culmina con la dilatación cervical completa.

Recomendación. Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.

Recomendación. Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.

Recomendación. Se recomienda escuchar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal al término de una contracción, cada 5 minutos.

113. El artículo 27 fracción III de la Ley General de Salud establece que la atención médica integral comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.[122]

114. El numeral 51 párrafo primero, de la Ley en cita señala que 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.[123]

---

[122] Ley General de Salud. Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

[123] Ibid. 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.

7

115. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en su artículo 48 señala que "... *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.*"[124]

116. En las indicadas circunstancias, toda vez que se acreditaron violaciones a los derechos humanos de la víctima directa y del producto de la concepción, debe repararse integralmente a las víctimas indirectas.

117. Además, al demostrarse la violación de los derechos humanos de **V** en el asunto que nos ocupa, cometida por servidores públicos identificados, resulta procedente que esta Comisión dé vista a las autoridades competentes en materias penal y administrativa para que los hechos sean investigados, y en el marco de sus atribuciones determinen lo que corresponda.

VI. ACCIONES TRANSFORMADORAS CONFORME A LOS PARÁMETROS INSTITUCIONALES

118. Para la consecución del más alto nivel posible de salud física y mental -como estándar de realización progresiva- concurren elementos institucionales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sobre la base de las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento correspondientes a los Estados parte del PIDESC.[125]

---

[124] Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 48.- 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.

[125] **Disponibilidad:** Cada Estado debe disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.

119. Conforme a lo dispuesto en los artículos 5, párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México,8 en relación con los numerales 1, fracciones IV y V, 12, fracción XLII, 13, fracción V, 31, fracción III de la Ley de Víctimas del Estado de México;[9] artículo 101 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México;[10] en atención a los hechos y las circunstancias del asunto, este Organismo considera aplicables las siguientes:

VI.1. MEDIDAS DE REPARACIÓN[11]

120. Con base en lo dispuesto en los artículos 1, 5, 7, 27 fracción II y V, 62 fracciones I y II, 74 fracción VIII, y 75 fracción IV de la Ley General de Víctimas; 1, 2, 10, 11, 12, 13, fracciones II y V de la Ley de Víctimas del Estado de México; así como los citados en el cuerpo del presente documento, este Organismo pondera aplicables las siguientes:

MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

VI.1.1 ATENCIÓN PSICOLÓGICA, PSIQUIÁTRICA Y/OTANATOLÓGICA

121. A efecto de reparar en la medida de lo posible la afectación que sufrió V en su calidad de víctima de violaciones a derechos humanos, la autoridad recomendada

---

Accesibilidad: Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural.
Calidad: Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. *Cfr.* Comité DESC, Op. cit., nota 108.

deberá ofrecer a la víctima y a su núcleo familiar primario, la atención especializada que requieran, **previo consentimiento informado o negativa que se encuentre debidamente documentada**, para ello tendrán un seguimiento en su tratamiento, a partir de un psicodiagnóstico; de ahí, el tratamiento deberá ser concreto, de fácil acceso y dentro de un tiempo determinado, lo anterior con base en la determinación de un profesional de la salud en la materia que verifique dicha situación. Para ello, la autoridad responsable de forma excepcional si lo estima conveniente podrá entablar coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, o bien, mediante el apoyo de alguna institución pública o privada que ofrezca los servicios que en este punto deberá otorgar a V y a su núcleo familiar.

VI.I.2. ASESORÍA JURÍDICA

122. Con base en el artículo 62, fracción II de la Ley General de Víctimas, la autoridad responsable deberá gestionar ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, **el beneficio del servicio de asesoría jurídica a** V tendente a orientar de manera legal y suficiente el proceso de integración de las investigaciones relacionadas con el presente asunto.

123. Para lograr lo anterior, la autoridad recomendada, deberá gestionar la asignación de un profesionista en Derecho a fin de que represente y asista legalmente a **V**; de ser necesario, la autoridad responsable podrá coordinarse interinstitucionalmente con la instancia que los asesore durante los procesos legales; lo anterior, deberá ser informado y documentado a este Organismo defensor de derechos humanos.

VI.2 MEDIDA DE COMPENSACIÓN

VI.2.1 Inscripción de V en el Registro Estatal de Víctimas

124. Con fundamento en el artículo 64 y 68 de la Ley General de Víctimas, la autoridad responsable deberá acatar lo establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que cuando la restitución del bien jurídico que se ha visto afectado por la violación a derechos humanos es prácticamente imposible, se hace necesario aplicar o determinar otras formas de reparación. En efecto, obligar al responsable de la vulneración a borrar todas las consecuencias que su acto causó es enteramente imposible porque su acción tuvo efectos que ameritan, entre otras medidas, indemnización. Al respecto, la Corte Interamericana determina el monto de la indemnización compensatoria generalmente sobre aspectos y rubros claramente establecidos, sin embargo, también ha fijado otros parámetros sobre los cuales se puede determinar el monto a cargo del Estado.

125. Con fundamento en los artículos 10 fracción I, 12, 51, 57 y 58 ter, tercer párrafo de la Ley de Víctimas del Estado de México, el ISEM, deberá solicitar formalmente la inscripción de **V,** y de la persona que refirió ser su esposo en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, debiendo solicitar los dictámenes correspondientes a fin de determinar el **monto que deberá cubrir el ISEM a favor de V** con motivo de la violación a los derechos humanos de que fueron objeto. Sólo de manera excepcional, debidamente justificada y subsidiaria, previo acuerdo de la Comisión Ejecutiva, será cubierto por ésta última a través del Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia.

VI.3 MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

126. La medida de satisfacción se encuentra en los artículos, 73 fracciones I y V de la Ley General de Víctimas y 13, fracción IV de la Ley Víctimas del Estado de México busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, así como la identificación en la verdad de los hechos y el encuentro público, sin transgredir la protección e integridad de la víctima o personas relacionadas; por ello, en el presente asunto deberán solventar la:

VI.3.1 INTEGRACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DE LAS INDAGATORIAS PENALES Y ADMINISTRATIVAS

a. En aras de coadyuvar con el órgano procurador de justicia, se instruye a la Unidad Jurídica y Consultiva de la Comisión de Derechos Humanos, para que con copia certificada de la presente Recomendación dé vista al ministerio público del segundo turno de la Fiscalía Regional de Valle de Bravo, a efecto de que dichas copias sean agregadas a las constancias que integran la carpeta de investigación NUC. [redacted] y, en su caso, sus elementos y razonamientos puedan ser tomados en consideración por la probable responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas involucradas **SPR1** y **SPR2**.

b. Así mismo, se instruye a la Unidad Jurídica de esta Comisión, para que con copia certificada de la presente Recomendación dé vista al OIC-ISEM para que se agregue al expediente de investigación [redacted] a fin de que las consideraciones, precisiones y argumentos de los que da cuenta el documento recomendatorio puedan ser tomados en consideración, en su caso, en la integración y perfeccionamiento del procedimiento administrativo del asunto que nos

ocupa, en el cual se indaga la probable responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas **SPR1** y **SPR2** adscritas al HGBV, perteneciente al ISEM.

De lo referido en los puntos a. y b. la Unidad Jurídica de esta Comisión deberá remitir a la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos la evidencia que acredite el cumplimiento de dichos puntos.

c. Adicionalmente, y con independencia de las resoluciones en otras instancias o procesos, la autoridad responsable deberá agregar copia certificada de la Pública a los expedientes laborales de las personas que en esta Recomendación se determinó como responsables de violaciones a Derechos Humanos.

VI.3.2. DISCULPA INSTITUCIONAL

127. El artículo 73, fracción IV de la Ley General de Víctimas en correlación con el artículo 13 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de México, consagra el derecho de las víctimas a que se reconozca y restablezca su dignidad, mediante el ofrecimiento de una disculpa institucional.

128. Dicha estrategia constituye un acto de reconocimiento de la responsabilidad y el interés genuino de reparación respecto de las violaciones a derechos humanos acreditadas en esta Recomendación.

129. En los hechos materia del presente asunto, dadas las violaciones de derechos humanos acreditadas, es necesario que el acto de disculpa institucional sea encabezado por el Director o Directora del HGVB, en el cual se incluya a personal de esta Institución en términos del "Protocolo para ofrecer una disculpa pública derivada

de las Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.[126]"

VI.4. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

130. En observancia a las disposiciones establecidas en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas y el correlativo 13, fracción V de la Ley análoga en la entidad, las medidas de no repetición son aquéllas que se adoptan con el fin de evitar que las víctimas vuelvan a ser objeto de violaciones a sus derechos y para contribuir a prevenir o evitar la repetición de actos de la misma naturaleza. En ese caso, dada la responsabilidad de los profesionales de la salud relacionados con el asunto en análisis, esta Defensoría de Habitantes estima conveniente la implementación de las siguientes:

VI.4.1 CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS[14]

131. Es de superior interés, el respeto a la dignidad humana de las personas usuarias de los servicios de salud, dentro de los servicios que otorgan en el HGVB, perteneciente al ISEM; por ello, deben estar en permanente capacitación en materia de Derechos Humanos a fin de sensibilizarlos y capacitarlos para exista un respeto irrestricto de la protección a la salud.

132. Ineludiblemente, la autoridad responsable, tendrá que gestionar las capacitaciones, que de forma obligatoria tomarán las personas responsables en la presente Recomendación, así como el personal adscrito al servicio de ginecología y obstetricia del HGVB, perteneciente al ISEM, tomando como referencia la Norma

[126] Consultable en la Gaceta de Derechos Humanos, número 380 del 3 de noviembre de 2022. http://187.216.192.133/SISTEMAS/PJC/DOCUMENTOS/CONTRATOS/216.pdf

Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida*, de la Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, la Guía de Práctica Clínica de *Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la *Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas* y el *Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro*, a fin de dotar de mayor panorama o en su caso recordar la importancia de seguir las Normas Oficiales Mexicanas, para que la atención en los Centros de Salud de la entidad, pero en particular en el HGVB, sea de calidad y calidez, digna y respetuosa, con perspectiva de género; así mismo, se efectúe la inducción sobre los principios y valores que deben regir su actuación en el ejercicio de las funciones propias de la ciencia médica, promoviendo la observancia del Código de Ética, del Código de Conducta y Reglas de Integridad del ISEM.

133. A efecto de dar cumplimiento a este punto de forma expedita, se debe contemplar las tecnologías de la información, así como las plataformas digitales idóneas para su concreción; además, de que la contingencia de salud todavía no se encuentra superada.

134. En mérito de lo antes expuesto y fundado, con sustento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 16, párrafo cuarto y 102, apartado B, párrafos primero, segundo, tercero y quinto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16 de la Constitución Política de los Estado Libre y Soberano de México, 13 fracción VIII, 28 fracción XIV, 99 fracción III, 101 y 103 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, este Organismo Constitucional Autónomo formula al Instituto de Salud del Estado de México las siguientes:

7

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. De lo establecido en el apartado **VI.1.1,** a efecto de reparar en la medida de lo posible la afectación que sufrió **V** en su calidad de víctima de violación a derechos humanos, la autoridad recomendada deberá ofrecer a la víctima y a su núcleo familiar primario la atención especializada que requiera, **previo 11**, para ello tendrá un seguimiento en su tratamiento, a partir de un psicodiagnóstico; de ahí, el tratamiento deberá ser concreto, de fácil acceso y dentro de un tiempo determinado, lo anterior con base en la determinación de un profesional de la salud en la materia que verifique dicha situación.

Para ello, la autoridad responsable podrá, si lo estima conveniente, entablar coordinación interinstitucional con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, o bien, mediante el apoyo de la institución pública o privada que ofrezca los servicios que en este punto deberán otorgarse a **V** y su núcleo familiar primario.

Adicionalmente, en observancia al inciso **VI.1.2** la autoridad recomendada, deberá gestionar la asignación de un profesionista en Derecho a fin de que, de ser necesario, represente y asista legalmente a **V** en las instancias penal y administrativa. La autoridad responsable podrá coordinarse interinstitucionalmente con la instancia que pueda brindad a **V** dicha asistencia.

Los puntos que anteceden, deberán ser informados y documentado a este Organismo defensor de derechos humanos.

SEGUNDA. De acuerdo con lo establecido en el numeral VI.2 y VI.2.1 el ISEM, deberá solicitar formalmente la inscripción de **V** y de la persona que refirió ser su esposo en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, así como solicitar los dictámenes correspondientes a fin de determinar el **monto que deberá cubrir el ISEM a favor de V,** con motivo de la violación a los derechos humanos de que fue objeto. Sólo de manera excepcional, debidamente justificada y subsidiaria, previo acuerdo de la Comisión Ejecutiva, será cubierto por ésta última a través del Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia.

La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad, documentando cabalmente las acciones que ejecute en seguimiento a la entrega de la medida compensatoria.

TERCERA. En consonancia con lo vertido en el apartado **VI.3, VI.3.1 Y VI.3.2,**

a. En aras de coadyuvar con el órgano procurador de justicia, se instruye a la Unidad Jurídica y Consultiva de la Comisión de Derechos Humanos, para que con copia certificada de la presente Recomendación dé vista al ministerio público del segundo turno de la Fiscalía Regional de Valle de Bravo, a efecto de que dichas copias sean agregadas a las constancias que integran la carpeta de investigación NUC. [redacted] y, en su caso, sus elementos y razonamientos puedan ser tomados en consideración por la probable responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas involucradas **SPR1** y **SPR2**.

b. Así mismo, se instruye a la Unidad Jurídica de esta Comisión, para que con copia certificada de la presente Recomendación dé vista al OIC-ISEM para que se agregue

al expediente de investigación [redacted], a fin de que las consideraciones, precisiones y argumentos de los que da cuenta el documento recomendatorio puedan ser tomados en consideración, en su caso, en la integración y perfeccionamiento del procedimiento administrativo del asunto que nos ocupa, en el cual se indaga la probable responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas **SPR1** y **SPR2** adscritas al HGBV, perteneciente al ISEM.

c. Adicionalmente, y con independencia de las resoluciones en otras instancias o procesos, la autoridad responsable deberá agregar copia certificada de la Pública a los expedientes laborales de las personas que en esta Recomendación se determinó como responsables de violaciones a Derechos Humanos.

c.2. El artículo 73, fracción IV de la Ley General de Víctimas en correlación con el artículo 13 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de México, consagra el derecho de las víctimas a que se reconozca y restablezca su dignidad, mediante el ofrecimiento de una disculpa institucional.

Dicha estrategia constituye un acto de reconocimiento de la responsabilidad y el interés genuino de reparación respecto de las violaciones a derechos humanos acreditadas en esta Recomendación.

En los hechos materia del presente asunto, dadas las violaciones de derechos humanos acreditadas, es necesario que el acto de disculpa institucional sea encabezado por el Director o Directora del HGVB, en el cual se incluya a personal de esta Institución en términos del "Protocolo para ofrecer una disculpa pública derivada

de las Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México."

De las medidas descritas en este apartado la autoridad recomendada exhibirá a este Organismo las constancias que sustenten fehacientemente su debido cumplimiento.

CUARTA. Finalmente, dentro del apartado **VI.4** Y **VI.4.1** de esta Recomendación, referentes a la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, así como a la capacitación en derechos humanos, la autoridad recomendada deberá implementar las acciones siguientes:

b) En un lapso que no exceda de sesenta días naturales, ineludiblemente, la autoridad responsable, tendrá que gestionar las capacitaciones, que de forma obligatoria tomarán las personas responsables en la presente Recomendación, así como el personal adscrito al servicio de ginecología y obstetricia del HGVB, perteneciente al ISEM, tomando como referencia 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*, de la Guía de Práctica Clínica *Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, la Guía de Práctica Clínica de *Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la *Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas* y el *Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro*, a fin de dotar de mayor panorama o en su caso recordar la importancia de seguir las Normas Oficiales Mexicanas, para que la atención en los Centros de Salud de la entidad, pero en particular en el HGVB, sea de calidad y calidez, digna y respetuosa, con perspectiva de género; así mismo, se efectúe la inducción sobre los

principios y valores que deben regir su actuación en el ejercicio de las funciones propias de la ciencia médica, promoviendo la observancia del Código de Ética, del Código de Conducta y Reglas de Integridad del ISEM.

Las Recomendaciones emitidas por este Organismo, de acuerdo a lo señalado por el artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, tienen el carácter de públicas y se emiten con el propósito fundamental de contribuir a que los servidores públicos de la entidad y de los municipios se apeguen invariablemente a lo prescrito por la ley.

Para efecto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 105 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[15] **le solicito que su respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, que no es delegable, se informe a este Organismo dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación**.

Asimismo, las pruebas correspondientes a la acreditación del cumplimiento del presente documento, deberán hacerse llegar dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en la que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

Es pertinente expresar a usted que en términos de lo dispuesto en el numeral 109 de la citada Ley, cuando una Recomendación no sea aceptada o cumplida, por las autoridades o servidores públicos, éstos deben fundar, motivar y hacer pública su negativa; asimismo, la Legislatura del Estado a petición de la Comisión, podrá solicitar su comparecencia a efecto de que justifique su negativa u omisión.

En términos del artículo 107 de la Ley de esta Defensoría de Habitantes, una vez aceptada la Recomendación, las autoridades o servidores públicos están obligados a cumplirla en sus términos y a dar publicidad a las acciones llevadas a cabo.

Finalmente, no omito comentarle que este Organismo Público Autónomo tiene la obligación de incluir en los informes que presenta a los tres Poderes del Estado de México, las Recomendaciones que se hubiesen formulado y que además deberán ser difundidas para conocimiento de la sociedad.

ATENTAMENTE

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
PRESIDENCIA

MTRA. EN D. MYRNA ARACELI GARCÍA MORÓN
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO

Esta hoja corresponde a la parte final de la **Recomendación 11/2022**, emitida el 22 de diciembre de 2022 por la Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Conste.

FMH/SVS/MGS