

GACETA

DE DERECHOS HUMANOS



ÓRGANO INFORMATIVO DE LA COMISIÓN DE DERECHOS DEL ESTADO DE MÉXICO

SUMARIO

RECOMENDACIÓN 7/2026 DIRIGIDA A LA DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO Y SECRETARIA DE SALUD

AÑO 2026, NÚMERO 58
27 DE AGOSTO DE 2026



RECOMENDACIÓN 7/2026

EXPEDIENTE: CODHEM/ATIZ/303/2023

DERECHO VULNERADO: A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

**DERECHOS RELACIONADOS: A LA PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD
PERSONAL, A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA Y DE
ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Toluca de Lerdo, México; 12 de agosto de 2026

DRA. CELINA CASTAÑEDA DE LA LANZA

DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Y SECRETARIA DE SALUD

P R E S E N T E

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con fundamento en lo dispuesto por 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/ATIZ/303/2023**, del índice de la Visitaduría General sede Atizapán de Zaragoza.

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.

³ **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





La presente Recomendación fue 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

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.

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;

[...]





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 en relación con los numerales 91 y 143, fracción 1, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.⁶ Dicha información se hará del conocimiento a la autoridad recomendada, mediante un anexo confidencial en el que se indicará el nombre de las personas involucradas, la cual deberá observar las medidas necesarias para la protección de datos personales, conforme a la ley de la materia.

Para un mejor entendimiento de la Recomendación, se inserta un glosario con las principales claves utilizadas para las personas relacionadas:

Clave	Significado
V	Víctima
SPR	Servidor público responsable
SP	Servidor público relacionado

Asimismo, en el presente documento se hace referencia de instrumentos internacionales, ordenamientos, organismos, instituciones, 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:

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 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;



Clave	Significado
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CEAVEM	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación

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

I. GLOSARIO

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.⁷

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.⁸

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

⁸ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN 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 resolutoria de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles.⁹

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.¹⁰

Embarazo: Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.¹¹

Mala práctica médica: Conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis*¹² médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado.¹³

Negligencia: Omisión de la debida atención debida por inacción o descuido o por inacción incorrecta, inadecuada o insuficiente.¹⁴

Óbito fetal (muerte fetal intrauterina): muerte del “producto de la concepción” antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre; para efectos clínicos y epidemiológicos se considera, generalmente, a partir de las 22 semanas de gestación o cuando el feto tiene un peso mayor de 500 gramos.¹⁵

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² La SCJN ha definido a la *lex artis* como: 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.¹²

¹³ SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (2013) *RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN*, tesis I.4o.A.64 A (10a.), Décima Época, Semanario Judicial de la Federación, Registro digital: 2004785. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2004785>. Consultado el 17 de febrero de 2025).

¹⁴ RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico, disponible en <https://dpej.rae.es/lema/negligencia> (consultado el 17 de febrero de 2025).

¹⁵ Cfr. **Guía de Referencia Rápida “Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único”, Catálogo Maestro IMSS-567-12**. Como fuente normativa complementaria para el contexto obstétrico mexicano puede citarse la **NOM-007-SSA2-2016**, publicada en el **Diario Oficial de la Federación**, relativa a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida





Obstetricia: Rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.¹⁶

Urgencia obstétrica: Se denomina así a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.¹⁷

Violencia obstétrica: “Es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

Las manifestaciones de la violencia obstétrica pueden ser físicas y psicológicas. Entre las primeras están las prácticas invasivas, por ejemplo, las cesáreas, cuando se practican sin que exista justificación para realizarlas, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso de la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto. Entre las segundas se

¹⁶ Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta inmediata Obstétrica. 2016, p. 15.

¹⁷ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.



encuentran actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.”¹⁸

II. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

El diez de septiembre de 2023, a las 5:55 horas, **V1** acudió al área de urgencias del [REDACTED] perteneciente al ISEM para recibir atención obstétrica debido a que presentaba “dolor y contracciones.”¹⁹ Tras ser atendida por **SP1**, médica general, la paciente **V1** fue hospitalizada para que las y los médicos determinaran cuáles eran la mejor forma y el mejor momento para terminar o resolver su embarazo, tomando en cuenta que con base en un ultrasonido obstétrico que **V1** llevaba, se le calculó una edad gestacional de 42.1 semanas, es decir, se trataba de un embarazo postérmino.²⁰

A las 7:20 horas **V1** fue valorada por **SPR1**, ginecólogo y obstetra, quien a pesar de la evidencia clínica que denotaba urgencia para resolver la gestación mediante cesárea, omitió hacerlo, postergando el procedimiento quirúrgico hasta las 13:30 horas, cuando ya se había determinado la muerte del feto (**V2**) dentro del vientre materno.²¹

Durante el tiempo en que **SPR1** brindó atención a **V**, incurrió en actos de violencia obstétrica en su contra, al pretender forzarla a aceptar un método de planificación familiar.²²

¹⁸ Grupo de Información en Reproducción Elegida. *El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes 2010-2021*, Ciudad de México, Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021, p. 87.

¹⁹ Según manifestó la víctima en su escrito de queja, evidencia 1, foja 6 del primer tomo del sumario del caso.

²⁰ Un embarazo que dura más de 42 semanas se conoce como postérmino (o prolongado). Un embarazo que está entre las semanas 41 y 42 se conoce como término tardío. La mayoría de las mujeres dan a luz entre las 37 y las 42 semanas de embarazo. Fuente: Lema Postterm pregnancy, disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=post-term-pregnancy-90-P05597> (consultado el 30 de junio de 2026). Asimismo, evidencias 1, 4.2, 4.3, 5 y 6 que obran en los tomos primero y segundo.

²¹ Ídem.

²² Evidencias 1, 3 y 6.



El día de los hechos, el médico **SPR2** fungía como responsable del nosocomio, era el encargado de la supervisión del personal médico, administrativo y auxiliar, teniendo conocimiento de la presencia de **V1** en tococirugía y de las condiciones en que se encontraba, sin embargo, omitió ejercer las funciones de inspección que le correspondían y con ello la posibilidad de activar mecanismos para evitar la consumación del riesgo para la paciente.²³

III. EVIDENCIAS

1. Escrito de queja²⁴ de **V1** recibido el seis de octubre de 2023, en el cual se expresa literalmente:

El 10 de septiembre [...] del 2023 me presento al [...] [REDACTED] siendo las 5:30 am entré al [...] [REDACTED] por dolor y contracciones, en el que ingreso a urgencias para que el hospital me brindé la atención médica, entrando así a revisión en el área de ginecología, en donde me dan los signos vitales de mi bebé, así como de su líquido amniótico, posición del bebé sin dilatación, siendo así que todo encontraba dentro de los parámetros, pero revisando los ultrasonidos del embarazo me indican que me quedaré hospitalizada por el tiempo de gestación que ya estaba avanzado, a lo que les menciono que los médicos que estaban llevando mi caso me habían diagnosticado con 40.5 semanas a lo cual me preocupe ya que yo anteriormente les había mencionado que tenía otro ultrasonido el cual marcaba 42 semanas y un día el cual ellos simplemente ignoraron, pero la médico (**SP1**) que me recibió si tomó en cuenta el ultrasonido de 42 semanas y me ingreso rápidamente a la inducción de parto. Todo se encontraba bien hasta el cambio de turno en donde el médico que me ingresa me hace un ultrasonido y me menciona que el líquido amniótico de mi bebé es escaso, por lo que se debe realizar una cesárea, Ya regresando a mi camilla el doctor (**SPR1**) en turno matutino me hace el comentario ¿Con qué método de planificación me cuidaría? Yo respondiéndole que mi método sería el preservativo que no quería ningún dispositivo en mi cuerpo, a lo cual muy déspota y groseramente el doctor me dice que no era ningún método que era necesario el dispositivo, así mismo amplía su comentario con otro comentario muy

²³ Evidencias 1, 4 y 5.

²⁴ Visible a fojas 5 y 7 del primer todo del expediente que nos ocupa.



fuera de lugar diciendo que las mujeres son muy irresponsables, porque no se cuidan y tienen un hijo tras otro, a lo que le respondí que no me pondría ningún dispositivo, por lo cual me vuelve a decir que si no me ponía el dispositivo me operarían a las 11:00 pm, pero que si me ponía el dispositivo me operaría en seguida, a lo que nuevamente le respondí que no quería ningún dispositivo en mi cuerpo, por lo que solo se retiró. Posteriormente a esto hubo muy mala atención por parte del personal médico, durante las revisiones en las que decían que no escuchaban nada y a pesar de ello no se tomó ninguna medida, estuve por 7 horas en camilla en donde no se me brindo la atención adecuada, hasta que llego un enfermero y una enfermera los cuales me escucharon y realizaron un ultrasonido, a lo cual llega el doctor muy casualmente y les menciona que el mismo se encargara de realizarlo, siendo las 2:00 pm el doctor me da la noticia de que mi bebé había fallecido, no hace falta mencionar el trato degradante del que fui víctima ya que el medico a cargo era consiente de mi situación y sabía que era urgente la cesárea, la cual me condiciono a cambio de ponerme el dispositivo intrauterino, por lo que yo al negarme me dijo que no me operarían de inmediato si no hasta las 11:00 pm, quiero pensar que por que él no quería realizar la operación y quería esperar hasta el cambio de turno, el siendo consciente de la gravedad que implica que el bebé se quede sin líquido amniótico, sus decisiones inhumanas y hasta cierto punto discriminatorias ocasionaron la muerte de mi bebé.

[...].

2. El trece de octubre de 2023, mediante oficio número 400C137000/3028/2023, se requirió a la entonces Directora General del ISEM, la adopción de medidas precautorias en favor de las pacientes gineco obstétricas en el hospital del caso.²⁵
3. Oficio 208C0101000200S-5343-2023 de veintitrés de octubre de 2023, signado por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídico Consultiva y de Igualdad de Género del ISEM; documento con el cual, la autoridad responsable se pronunció respecto de las medidas precautorias solicitadas por este Organismo, adjuntando, entre otros,²⁶ los documentos siguientes:

²⁵ Fojas 34 a 36 del tomo primero.

²⁶ Fojas 37 a 43 del primer tomo.

3.1. Minuta de Reunión²⁷ de la Sesión Extraordinaria del Comité de Bioética del [REDACTED], de la que se transcribe:

SIENDO LAS 11 HRS DEL DÍA 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 SE REUNEN LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL [...] (REDACTED) Y LOS CONVIDADOS A LA REUNIÓN EN LA SALA DE JUNTAS.

SE PROCEDE A LA LECTURA DE LA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE LA PACIENTE [...] (V1) GESTA 1 EMBARAZO DE 41.3 SEMANAS DE GESTACIÓN.

LA RELATORÍA DE LA PACIENTE REFIERE EVOLUCIÓN ADECUADA HASTA EL CAMBIO DE TURNO AL MATUTINO DONDE ES REVISADA POR UN MÉDICO, QUIEN LE MENCIONA YA NO TENÍA LÍQUIDO AMNIÓTICO, PERO AL DECIR DE ELLA CONTANDO CON SIGNOS VITALES SU BEBÉ, INDICÁNDOLE CESÁREA, EL DOCTOR EN TURNO LE PREGUNTÓ "CON QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN SE CUIDARÍA" RESPONDIENDO SERÍA EL PRESERVATIVO QUE NO QUERÍA NINGUN DISPOSITIVO EN SU CUERPO, A LO CUAL EL MÉDICO RESPONDIÓ EN FORMA DÉSPOTA Y GROSERA QUE NO ERA NINGUN MÉTODO QUE ERA NECESARIO UN DISPOSITIVO, Y QUE LA MUJERES SON MUY IRRESPONSABLES PORQUE NO SE CUIDAN Y TIENEN UN HIJO TRAS OTRO, ADEMÁS MENCIONÓ QUE SI NO SE PONÍA UN DISPOSITIVO LA OPERARÍA A LAS 23:00 HRS DE LA NOCHE, PERO SI LE PONÍA EL DISPOSITIVO LA OPERARIAN ENSEGUIDA.

POR LO ANTERIOR, ESTE COMITÉ LLEGA A LA CONCLUSIÓN QUE DADA LAS CIRCUNSTANCIAS SE COMETIERON ACTOS CATALOGADOS COMO VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SE CONDICIONÓ LA ATENCIÓN MÉDICA SEGUN EL MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, CONDICIONANDO LA RESOLUCIÓN DE SU EMBARAZO Y OCASIONANDO DILACIÓN Y OMISION A LO ESTABLECIDO EN LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD.

[Lo resaltado en negritas es propio].

[...]

SE COTEJÓ HORARIOS Y PACIENTES ATENDIDAS EN LAS HORAS PRÓXIMAS A LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE, REVISANDO BITÁCORAS DE INGRESOS Y EGRESOS DE LABOR Y DE RECUPERACIÓN ASÍ COMO EXPEDIENTE DE LAS PACIENTES [...] QUE FUERON ATENDIDAS EN ESA JORNADA Y SE REFIEREN COMO ATENCIONES DE URGENCIAS, POR LAS CUALES SE POSPUSO LA ATENCIÓN DE [...] (V)., **SIENDO INCRONGUENTE CON LO REFERIDO EN EL EXPEDIENTE.**

SE ANEXAN COPIA DE BITÁCORAS, SOLICITUD DE ATENCIÓN DE LA PACIENTE [...].

²⁷ Fojas 52 y 53 del tomo primero.

3.2. Oficio número CHB/005/2023,²⁸ signado por la presidenta técnica del Comité de Bioética del [REDACTED], del cual se desprende que:

[...] en seguimiento al oficio No. 208C0101113500T/SM0095/2023 donde se solicita la revisión del Expediente No. [...] de la Paciente [...] (V1) que una vez analizado dicho expediente se llegó a la conclusión que, se cometieron actos catalogados como Violencia Obstétrica y se condicionó la atención médica sujeta al método de planificación familiar y a su vez la resolución del embarazo, ocasionando dilación y omisión en la atención de la paciente, por lo que se emiten las siguientes recomendaciones:

1. El Hospital Materno Infantil debe garantizar la atención médica de la Paciente [...] (V1) y de su familia cuando así lo demanden y esta debe ser otorgada siempre en apego a las Normas Oficiales Mexicanas: NOM 007, NOM 046 y la NOM 004.
2. Ofrecer atención psicoemocional a la paciente y al esposo por parte del servicio de Cuidados Paliativos.
3. Exhortar al servicio de Ginecología a otorgar la atención de las pacientes en estricto apego a las Normas Oficiales Mexicanas NOM 007, NOM 046 y la NOM 004, y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que garanticen la atención de los pacientes de manera oportuna, adecuada, segura y libre de violencia.
4. Se instrumenten las acciones pertinentes con el Servidor o Servidores Públicos involucrados de acuerdo al Contrato Individual de Trabajo; así como, las omisiones Inacciones o Desviaciones de las Normas 007, la Norma 046 y la Norma 004.
5. Exhortar a las Jefaturas Médicas Paramédicas, Administrativos y Ramas afines difundan a su personal a cargo, la Cero Tolerancia a la Violencia Obstétrica, acorde a la NOM 007 en el apartado 5.5. 3, la Norma 046 y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
6. El Servidor Público involucrado en la atención de la paciente [...] (V) debe tomar capacitación en violencia obstétrica y trato digno.

²⁸ Foja 54 del tomo primero.



7. Analizar de Expediente clínico por el Comité de Expediente clínico.
8. Analizar del caso por el Subcomité de Morbi-Mortalidad Hospitalaria.
[...]
4. El uno de noviembre de dos mil veintitrés se recibió en este Organismo el oficio número 208C0101000200S-5539/2023,²⁹ firmado por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídico Consultiva y de Igualdad de Género del ISEM, medio por el cual rindió el informe de ley, exhibiendo entre otros, el siguiente documento:
 - 4.1. Copia simple del oficio número 208C0101113500T/JU-062/2023,³⁰ suscrito por la jefa de urgencias del [REDACTED]; del cual se desprende:

[...] hago de su conocimiento que la paciente [...] (V1) fue valorada el 10 de Septiembre a las 05:55 horas por la Dra. [...] (SP1), médico general a mi cargo, quien la hospitalizó con los siguientes diagnósticos:

Primigesta + Embarazo de 41.3 Semanas de Gestación por Amenorrea + Pródromos de Trabajo de Parto.

Lo anterior basándose en la fecha de última regla de la paciente (24 de Noviembre de 2023) y corroborando la edad gestacional con los tres ultrasonidos que mostró la paciente al momento de su valoración. El primero realizado el 16 de Enero de 2023 con 8.2 semanas de gestación, al día de su ingreso 42.1 semanas de gestación. El segundo realizado el 19 de Abril de 2023, con una edad gestacional de 20.4 semanas de gestación, al momento de su ingreso 41.1 semanas de gestación. Y por último el ultrasonido de 3er trimestre, realizado el 25 de Agosto de 2023 con una edad gestacional de 39 semanas, al día de su ingreso 41.2 semanas de gestación. Por protocolo, toda paciente que tenga más de 41 semanas de gestación, debe ser hospitalizada para interrupción del embarazo a corto plazo vía más favorable a criterio de Ginecología y Obstetricia por tratarse de un embarazo cercano al postérmino, mismo

²⁹ Foja 76 del tomo primero.

³⁰ Foja 83 del primer tomo.





que está establecido a las 42 semanas de gestación en la NOM-007-SSA2-2016, de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

... una vez hospitalizada, la paciente quedó a cargo del servicio de Ginecología y Obstetricia.

[Lo subrayado es propio].

- 4.2.** Oficio número 2208C0101113500T/JG-139/2023,³¹ suscrito por el jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del [REDACTED], que contiene la información siguiente:

El nombre completo del servidor público del área de Ginecología de atendió y valoró clínicamente el estado de la paciente [...] (V1), es [...] (SPR1). Se anexa pronunciamiento respecto su participación en los hechos materia de queja.

[...]

El nombre completo del médico del turno entrante que practicó un ultrasonido y determinó realizar una cesárea, es el médico especialista en ginecología y obstetricia [...] (SPR1). Se Anexa participación a los hechos que se le atribuye en la queja.

[...] Nombre completo del médico del turno matutino que le consultó respecto al método de planificación que utilizaría la paciente [...] (V1), servidor público [...] (SPR1), se anexa participación por escrito en relación a los hechos que se le atribuye en la queja.

[...] Se anexa de manera detallada respuesta a este punto por el médico especialista en ginecología y obstetricia [...] (SPR1).

[...] El nombre completo del médico especialista en ginecología y obstetricia responsable de la valoración de la paciente es [...] (SPR1) [...].

³¹ Foja 84 del tomo primero.

- 4.3. Informe escrito de **SPR1**,³² quien pretendió justificar su omisión, atribuyéndola a la llegada de una nueva paciente: “con indicación absoluta inmediata de cesárea.”
5. Actas circunstanciadas de cinco de marzo de 2024 en la que se hicieron constar las comparecencias de seis servidoras y servidores públicos del [REDACTED], entre ellos de **SPR1**,³³ quien manifestó:

[...]el día 10 de septiembre de 2023, siendo las 08:40 horas aproximadamente me presenté a laborar al área de tococirugía, previamente se me había informado que estaría como elemento único ya que mi compañero no se iba a presentar a laborar, por lo que tenía que revisar también a las personas de hospitalización, revisé primeramente a las pacientes del área de tococirugía (área de labor de parto), entre ellas a la paciente [...] (**V1**) y tres personas más con trabajo de parto. Verifiqué los signos vitales de las pacientes, escuché los signos vitales de la persona quejosa, la dejo monitorizada y le realizo tacto vaginal aproximadamente a las 09:00 horas y al verificar que desde su ingreso no tiene una urgencia inmediata, me dirigí al área de hospitalización a revisar otras pacientes. Siendo aproximadamente las 10:30 horas la llevé a ultrasonido y observo disminución de líquido amniótico, por lo que le comento que no es factible una labor de parto y le propongo cesárea y la regreso a su camilla y la dejo monitorizada nuevamente con frecuencia fetal presente y me dirijo al área de hospitalización nuevamente. Brindé consejería de métodos de planificación familiar, el cual se encuentra plasmado en un lineamiento de APEO³⁴ y ofrezco el único método disponible que es el dispositivo en mi turno, para lo cual la paciente me contestó que no quería ningún método, yo le comenté de las ventajas y desventajas del

³² Foja 94 del tomo primero.

³³ Fojas 141 a 143 del tomo primero.

³⁴ APEO significa Anticoncepción Post Evento Obstétrico, es una guía técnica o un protocolo que orienta al personal de salud sobre cómo brindar consejería, oferta y provisión de métodos anticonceptivos a una mujer después de un evento obstétrico, como: parto, cesárea, aborto, pérdida gestacional y atención del puerperio inmediato. Su finalidad es que la paciente reciba información clara, suficiente y oportuna sobre métodos de planificación familiar, para que pueda decidir **libremente, de manera informada y sin coerción**, si desea aceptar algún método anticonceptivo. Cfr. Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/949976/Lineamiento_Te_cnico_APEO_2024.pdf (consultado el uno de julio de 2026).



método ofrecido y que no quería el método, fue que le comenté a la señora que un día anterior tuve una paciente que tuvo un bebé muy cercano y no pudo disfrutar bien a su bebé, fue todo lo que le comenté, por lo que los comentarios que realiza la persona quejosa en su escrito de inconformidad de condicionarla a que se ponga el dispositivo ya que (de) lo contrario sería atendida hasta las 23:00 es totalmente falso, nunca realicé ese comentario. Posteriormente regreso del área de hospitalización como a las 11:30 de la mañana y solicité la valoración para anestesiología, también quirófano y lo que se requiera para intervención quirúrgica, fue que llegó una paciente que en su historial contaba con dos cesáreas por lo que era inminente su riesgo de embarazo, por lo que fue atendida primeramente esta paciente y se mantiene a [...] (V1) en monitoreo, siendo aproximadamente las 14:00 horas que terminé la cirugía con la paciente, me dirigí con [...] (V1) para nueva valoración, como ya no se le escuchaba frecuencia cardíaca al bebé con el aparato que tenemos de labor, fue entonces que se le practicó otro ultrasonido, del cual advierto que ya no tiene frecuencia cardíaca fetal, es decir, le digo a la paciente que el bebé está sin vida, la señora comienza a llorar, le llamé a su pareja para comentarle lo sucedido, y siendo aproximadamente las 15:00 horas, se le practicó la cesárea a la paciente ya que estaba atendiendo tres partos previos. Ya realizada la cesárea la paciente, se le otorgó el certificado de defunción en el cual se especifica el peso, sexo y hora del bebé, siendo todo lo que deseo manifestar.

Hecha esta salvedad, ante las siguientes interrogantes, el declarante refirió:

PREGUNTA: ¿Sabe usted los protocolos de actuación a seguir en el caso que nos ocupa y mencionarlo?

RESPUESTA: Se debe realizar una atención inmediata, la verificación de las condiciones maternas y fetales, verificar los signos vitales, el estado de embarazo actual y la condición obstétrica para su revisión.

PREGUNTA: ¿Considera que la paciente requería de atención inmediata según el diagnóstico que usted valoró?

RESPUESTA: sí, siempre se le brindó la atención inmediata, de acuerdo a su diagnóstico y a las condiciones que en ese momento tenía la paciente.

[...]

PREGUNTA: ¿Ese día que ocurrieron los hechos, quién era el responsable del nosocomio referido?

RESPUESTA: En el momento de que fallece el bebé, se encontraba de responsable el Dr. [...] (**SPR2**) del turno especial diurno de las 07:00 a las 19:00 horas.

5.1. Por su parte, **SPR2**,³⁵ responsable del nosocomio el día de los hechos y asistente de la Dirección, expresó:

[...] el día 10 de septiembre de 2023, mi entrada es a las 07:00 horas, mi función es la supervisión de todo el hospital, tanto personal médico, administrativo y auxiliar, ese día en mi pase de visita matutino por la unidad de tococirugía donde se encontraba la paciente [...] (**V1**), me percaté de su presencia en esa área con diagnóstico de 41.3 semanas de gestación por notas de los ginecólogos y con poligohidramnios (poca agua en la cavidad), por indicación del ginecólogo en turno se prepara para cesárea por urgencia relativa al contar con un registro topográfico reportándose sin riesgo inminente, ya la preparan para quirófano a las 12:30 horas tal como dice el expediente; sin embargo, justo en ese momento que la paciente iba ser sometida a ese procedimiento, se presentó en admisión de urgencias una persona femenina de 22 años de edad con embarazo de 38 semanas de gestación con antecedente de dos cesáreas previas y trabajo de parto activo, por lo que de acuerdo al diagnóstico del ginecólogo en turno, se decide realizar cesárea iterativa como urgencia prioritaria a esta paciente recién llegada, lamentablemente durante la intervención a esta paciente, se presenta el producto sin frecuencia cardiaca de la C. [...] (**V1**) por lo que procede a pasar a quirófano a la paciente con recuperación de producto muerto. Por lo que en relación a las manifestaciones realizadas por la persona quejosa en su escrito de queja, en cuanto a que se obligó a utilizar el método anticonceptivo y condicionado para ofrecer la atención médica, al respecto comento que sugirió el método tal cual como lo establece el APEO en el que tratándose de situaciones del área de ginecología y obstetricia, estamos obligados con personal médico a ofrecer y sugerir métodos de planeación familiar, y la persona paciente decide libremente si le interesa o no,

³⁵ Fojas 145 a 147 del primer tomo.



ante ello, firmar un documento de consentimiento para su aplicación. Con la paciente y su pareja jamás tuve comunicación alguna, siendo todo lo que deseo manifestar.

A preguntas directas, la persona servidora pública refirió:

PREGUNTA: ¿Sabe usted los protocolos de actuación a seguir en el caso que nos ocupa y mencionarlo?

RESPUESTA: Sí, conozco el protocolo que debe seguir el personal médico especialista, ellos toman la decisión y yo les proporciono los insumos que requieren para la atención médica.

PREGUNTA: ¿Considera que la paciente requería de atención inmediata según el diagnóstico que valoró el médico especialista?

RESPUESTA: No lo sé, eso lo decide el médico especialista, yo no lo soy.

[...]

PREGUNTA: ¿En el presente asunto, considera usted y una vez escuchadas las manifestaciones realizadas por la persona quejosa que se dio violencia obstétrica, según los cursos tomados por usted?

RESPUESTA: No, aunque no estuve en el momento que se ofertó el APEO para la paciente y ofrecer un método de planificación familiar, tal vez se mal interpretó, pero mi personal a cargo, siempre se conducen conforme al protocolo de atención digna a los pacientes.

[...]

PREGUNTA: ¿En el presente asunto, el médico al que se le atribuye la queja, brindó la atención médica a la paciente que nos ocupa apegado al protocolo de actuación y sin realizar conductas de violencia obstétrica que refiere la paciente?

RESPUESTA: Sí.





PREGUNTA: ¿Ese día que ocurrieron los hechos, como responsable del nosocomio referido, **realizó acciones pertinentes en el caso que nos ocupa?**

PESPUESTA: **No**, el médico que brindó la atención a la C. [...] (V1) me comentó lo sucedido desde que comenzó a atender a la paciente, su evolución y el desenlace, el mismo galeno dio solución a la problemática, aunque con fatal desenlace para la paciente.

6. El catorce de agosto de 2024 se recibió el oficio 208C0101000200S-4514/2024,³⁶ firmado por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídico Consultiva y de Igualdad de Género del ISEM, documento con el cual amplió su informe en los términos siguientes:

[...] para el Punto Primero, remite copia certificada, integra completa y legible del expediente clínico No. [...] a nombre de la paciente [...] (V1) constante de 95 fojas útiles según la certificación; [...] para el Punto Segundo, señala que, en la Reunión Extraordinaria del Comité de Bioética de dicho nosocomio, efectuada el 29 de septiembre de 2023, se advirtieron actos catalogados como violencia obstétrica, anexando evidencia documental de dicha sesión, con las observaciones y recomendaciones respectivas; manifestando que no se dio parte al Órgano Interno de Control en el Instituto de Salud del Estado de México, ni a ninguna otra dependencia u organismo local, con motivo de los hechos motivo de queja; solicitando tener por reproducida la información, en obvio de repetición.

Al respecto, la autoridad estatal de salud exhibió copia auténtica de las constancias que sustentaron su informe, de las que sobresale el oficio número 2208C0101113500T/JC-138/2023,³⁷ suscrito por el jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del [REDACTED], en el cual se advierten los siguientes registros:

³⁶ Foja 157 del tomo primero.

³⁷ Foja 165 del primer tomo.





DR. [...] (SPR1)

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

[...] (■■■■)

PRESENTE

En respuesta al oficio No. 20800101113500T/SM0099/2023 citado por el Dr. [...], subdirector médico de este hospital, y derivado de la queja interpuesta por los C. [...] (V1 y V2), así como de las recomendaciones emitidas por el Comité de Bioética en sesión extraordinaria del 09 de Octubre del presente año, referentes a la atención Obstétrica brindada en esta unidad hospitalaria, consistente en maltrato y violencia obstétrica; conclusiones derivadas de la revisión del caso de la paciente [...] (V1) con número de expediente [...] donde se cometió violencia obstétrica, usted se hace acreedor a una:

AMONESTACIÓN VERBAL

Lo anterior con fundamento en el Contrato Individual de Trabajo, cláusula decima primera, apartados b y c. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para prevención y atención. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Por lo que lo exhorto a evitar toda vulneración a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; brindando una atención de calidad y calidez, atendiendo de manera digna y adecuada, respetuosa y con perspectiva de género en todo momento, dando un enfoque humanizado, Intercultural y seguro, sin condicionar el uso de método de planificación familiar para su atención obstétrica.

[...]



De igual manera, la autoridad presuntamente responsable remitió copia autenticada de las constancias que integran el expediente clínico formado con motivo de la atención médica otorgada a la paciente [...] (V1).³⁸

7. El treinta de mayo de 2024 se recibió el oficio 208C0201A/186/2025,³⁹ suscrito por el Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, medio por el cual remitió el Dictamen Técnico-Médico Institucional número [REDACTED],⁴⁰ del cual se transcribe textualmente lo que sigue:

[...]

SEGUNDO.- Si de dicha atención brindada a la hoy inconforme, se advierte alguna mala práctica atribuible a personal médico; personal médico especializado (Ginecoobstetricia) o bien enfermería del referido hospital [...]

RESPUESTA: Existen elementos de mala práctica médica por parte del Médico Ginecoobstetra [...] (SPR1) en la atención que le proporcionó a la C. [...] (V1) el diez de septiembre del dos mil veintitrés en el Hospital [REDACTED], perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México, toda vez que ante un embarazo postérmino confirmado en asociación con oligohidramnios severo que el mismo médico diagnosticó, no realizó el procedimiento quirúrgico denominado cesárea oportunamente, ya que se considera de acuerdo a la literatura y práctica médica una indicación absoluta y con urgencia categoría 4 la cual de acuerdo al Lineamiento Técnico Cesárea Segura 2013 se debe de realizar en un tiempo máximo de una hora, lo cual no sucedió, postergando el procedimiento hasta que se determinó que había ocurrido el óbito a las trece horas con treinta minutos del mismo día.

TERCERO.- Las posibles causas que pudieron ocasionar el fallecimiento del producto de la concepción de la doliente... lo cual aconteció el 10 de septiembre de

³⁸ Fojas 169 a 220 del primer tomo, además de 220 a 243 del segundo tomo.

³⁹ Foja 251 del tomo segundo.

⁴⁰ Fojas 252 (reverso) a 257 del segundo tomo.



2023, durante la atención que recibió en el Hospital Infantil [REDACTED], situado en el municipio de [REDACTED], dependiente del ISEM...

RESPUESTA: De acuerdo a la Literatura médica vigente las causas principales de morbi mortalidad fetal sobre todo en fetos de más de 41 semanas son insuficiencia placentaria y aspiración meconial, en el caso que nos ocupa esta Comisión no se puede pronunciar sobre las causas que pudieron ocasionar el óbito, toda vez que como lo establece la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Muerte fetal con Feto Único. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010", para fines de búsqueda de causa de la muerte, cuando esta no este identificada los más recomendados son: A) Autopsia, B) Examen de placenta, cordón y membranas y líquido amniótico, C) Cariotipo, D) Evaluación materna para investigar comorbilidad materna.

[...]

8. El cuatro de julio de 2025 se recibió el oficio 208C0101000200S-3387/2025,⁴¹ firmado por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídico Consultiva y de Igualdad de Género del ISEM, mediante el cual informó que:

[...] a partir del 18 de julio de 2024, dicha Unidad Hospitalaria ([REDACTED]) fue transferida a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), anexando documentación respectiva [...]

9. El cuatro de febrero de 2026 se recibió informe marcado con el número 208C0101010000S/00554/2026 del titular del Órgano Interno de Control del ISEM, por el que informó que el nueve de septiembre de 2025, la titular del área de quejas de ese órgano emitió acuerdo de radicación por el que ordenó el inicio del procedimiento de investigación por los hechos que nos ocupan, dándose origen al expediente [REDACTED], encontrándose dicho expediente en "procedimiento de investigación."⁴²

⁴¹ Foja 263 del tomo segundo.

⁴² El oficio y copia simple del expediente integrado en el OIC del ISEM ocupan las fojas 483 a 646 del tercer tomo.



10. Acta circunstanciada de once de agosto de 2026 en la que se hizo constar la comunicación establecida con la jefa del área de quejas del Órgano Interno de Control del ISEM en la que dicha servidora pública informó que el expediente [REDACTED] se encontraba en etapa de investigación y que la última diligencia es un informe rendido por personal del hospital del caso el doce de febrero de 2026.⁴³

Elementos que constituyen el cúmulo de evidencias relevantes en el presente asunto.

IV. NEXO CAUSAL ENTRE LOS HECHOS Y LA DETERMINACIÓN DE LAS AFECTACIONES A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO

La adecuada atención gineco obstétrica protege la salud reproductiva y contribuye a un embarazo seguro en las mujeres. En el ámbito de la salud pública es clave para reducir la mortalidad materna y neonatal, además de prevenir enfermedades graves y garantizar una mejor calidad de vida desde la adolescencia hasta la vejez.

A. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS Y PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS RESPONSABLES

Esta Recomendación reconoce como víctima directa a **V1**, quien resintió personalmente la violación a sus derechos humanos: fue la paciente que recibió la atención obstétrica deficiente, sufrió violencia obstétrica, condicionamiento de la atención médica, dilación en la resolución del embarazo y afectaciones a su salud, integridad, autonomía reproductiva y trato digno.

⁴³ Foja 650 del tomo tercero.



V11 es víctima indirecta, al ser pareja de **V1** y padre del ser fallecido (**V2**), resintió un daño como familiar o persona con relación inmediata con la víctima directa, especialmente por el sufrimiento, afectación psicoemocional y consecuencias derivadas del óbito fetal y de la atención brindada a **V1**.

Asimismo, se identifica a **SPR1**, médico gineco obstetra como servidor público responsable de haber vulnerado los derechos humanos de **V1** y a **SPR2**, como responsable institucional jerárquico al omitir sus deberes de supervisión, reacción y protección.

B. ANÁLISIS DE CONTEXTO

Es una metodología que permite comprender un hecho, problema o fenómeno dentro del entorno en el que ocurre, en lugar de estudiarlo de manera aislada. Consiste en identificar y analizar las condiciones, actores, patrones, relaciones y circunstancias que rodean un caso para entender mejor sus causas, dinámica y consecuencias.⁴⁴

Se trata de una herramienta metodológica que hace posible comprender un fenómeno, situación o problema, evaluándolo dentro de un entorno geográfico, histórico, social, jurídico, político y económico en que tiene lugar. Permite identificar las causas, patrones estructurales y consecuencias de una violación a derechos humanos.⁴⁵

El análisis de contexto resulta indispensable en el presente asunto porque permite valorar los hechos no como una atención médica aislada, sino dentro de las condiciones clínicas, institucionales y de género en que se encontraba **V1** al momento de requerir atención obstétrica.

⁴⁴ Cfr. VVAA. *Violaciones, derechos humanos y contexto: herramientas propuestas para documentar e investigar. Manual de análisis de contexto para casos de violaciones a los derechos humanos*, México, DF, International Bar Association's Human Rights Institute/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México, 2017.

⁴⁵ Cfr. VVAA. *Violaciones, derechos humanos y contexto: herramientas propuestas para documentar e investigar*, México, IBA/FLACSO, FLACSO, 2017.





1. Contexto objetivo

De conformidad con la postura de la SCJN, el análisis de contexto comprende, entre otras categorías, el examen del nivel objetivo, entendido como el conjunto de hechos, condiciones, estructuras institucionales, datos verificables y circunstancias externas que rodean el fenómeno analizado y permiten comprenderlo más allá del caso individual. Dicho nivel exige identificar el entorno real en el que ocurrieron los hechos, así como las particularidades jurídicas, sociales, sanitarias e institucionales existentes en el país y en la entidad federativa al momento de su realización, a fin de valorar si tales condiciones incidieron en la forma en que se produjo la violación a derechos humanos.⁴⁶

En el nivel objetivo, los hechos se desarrollaron dentro de un servicio público hospitalario especializado en atención materno-infantil, sujeto a obligaciones reforzadas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva.

Ese contexto objetivo se integró, además, por la existencia de normativa sanitaria aplicable a la atención del embarazo, parto y puerperio; por el deber institucional de prevenir y erradicar la violencia obstétrica; por la obligación de respetar la autonomía reproductiva de la paciente; y por la necesidad de actuar con diligencia reforzada frente a condiciones clínicas asociadas a mayor riesgo perinatal, como el embarazo postérmino y la disminución severa de líquido amniótico. En ese marco, la omisión de resolver oportunamente la gestación y el condicionamiento de la atención médica al uso de un método de planificación familiar no pueden entenderse como hechos aislados, sino como actuaciones ocurridas dentro de una estructura hospitalaria

⁴⁶ Cfr. Sentencia recaída al Amparo Directo 29/2017, Primera Sala de la SCJN, Ponente: Ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, 12 de junio de 2019.





obligada a garantizar atención obstétrica inmediata, adecuada, digna, segura y libre de violencia.

De acuerdo con datos analizados y procesados por la ONG GIRE⁴⁷ (Grupo de Información en Reproducción Elegida) con base en información de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cuyo propósito fundamental es generar información sobre la violencia que las mujeres mayores de quince años han enfrentado en diversos ámbitos de su existencia, en promedio, entre 2011 y 2021 más del treinta por ciento de las mujeres en edad reproductiva que informaron haber tenido al menos un parto en los últimos cinco años, experimentaron por lo menos una manifestación de violencia obstétrica:

Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron violencia obstétrica en su último parto
Desagregado por año del último parto

Año	Porcentaje
2011	32.3%
2012	32.8%
2013	35.4%
2014	33.4%
2015	33.0%
2016	32.9% ⁴⁸
2017	33%
2018	31.7%
2019	32.9%
2020	29.6%
2021	26.8%

⁴⁷ Cfr. GIRE. *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*, Ciudad de México, GIRE, 2023, pp. 7-10.

⁴⁸ Este porcentaje corresponde a la ENDIREH 2016. Cabe señalar que la ENDIREH 2021 contempla un porcentaje de 30.3% para el mismo año, *Ibíd.*, p. 9.



Como señala GIRE, en 2016, la violencia obstétrica en los partos que no fueron cesárea y en los que sí se realizó el procedimiento, fue prácticamente la misma, mientras que en 2021 hubo una diferencia de 4.33% en la reducción de la violencia obstétrica registrada en las cesáreas.⁴⁹

Año	Parto por cesárea	Parto que no fue cesárea
2016	29.63%	29.95%
2021	25.30%	28.91%

En cuanto a las diversas formas en que se manifiesta la violencia obstétrica en el ámbito de la salud, la ENDIREH muestra que entre 2016 y 2021 ocurrieron pequeñas disminuciones en varias de las manifestaciones, sin embargo, se observa un incremento en las concernientes a métodos anticonceptivos y esterilización forzada.

Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron violencia obstétrica en su último parto⁵⁰

Tipo de manifestación de violencia	ENDIREH 2016	ENDIREH 2021
Gritos o regaños	33.5%	35.6%
Presión para aceptar anticoncepción esterilización	27.7%	31.5%
Fue ignorada	29.7%	29.1%
Atención tardada por gritos o quejas	30.9%	26.0%
Posiciones incómodas	27.6%	23.2%
Ofensas	21.0%	20.7%
Anestesia denegada	14.5%	12.2%
Método anticonceptivo o esterilización forzada	12.5%	13.8%
No fue informada por qué se le practicó una cesárea	10.3%	8.6%

⁴⁹ Ibídem, pp. 12-13.

⁵⁰ Ibídem, p. 15.



No autorizó que se le realizara un cesárea	9.7%	8.6%
Fue aislada de su bebé por más de horas	9.6%	6.1%
Firma involuntaria de papeles	4.9%	4.6%
Jalones o pellizcos		3.2%

De acuerdo con la ENDIREH 2021, La mayor incidencia de violencia obstétrica tuvo lugar en hospitales o clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (39.8%), seguida por otro hospital o clínica pública del estado (36%), mientras que el porcentaje de incidencia en hospital o clínica privada fue significativamente inferior (15.1%).⁵¹

También, con soporte en la ENDIREH 2021, en cuanto a los grupos de edad de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica en su último parto, las mujeres de 15 a 19 años fue el grupo con el mayor porcentaje (34.2%), y ligeramente menos el de mujeres de 20 a 29 años (34%).

Otro aspecto revelador se encuentra en cuanto al ingreso laboral mensual de las mujeres víctimas de violencia obstétrica entre 15 y 49 años, ya que, a menor ingreso, mayor índice de violencia en su contra: quienes tuvieron ingresos de entre \$4,000 y \$4,399 representaron el 43.8% de víctimas de violencia obstétrica, en tanto que quienes tuvieron un ingreso mayor o igual a \$12,000 presentaron el menor porcentaje, con 18.4%.⁵²

Por otra parte, el porcentaje de mujeres con discapacidad de entre 15 y 49 años que sufrieron violencia obstétrica en su último parto, fue de 43.9%, en tanto que el de las

⁵¹ Ibídem, p. 20.

⁵² Ibídem, p. 27.





mujeres con limitación llegó al 39.4%, mientras que el de mujeres sin discapacidad ni limitación alcanzó un 30.4%.⁵³

Del análisis de los datos expuestos se advierte que la violencia obstétrica constituye un fenómeno persistente en México y, por ende, en nuestra entidad federativa, particularmente visible en instituciones públicas de salud, que afecta de manera diferenciada a mujeres en situación de mayor vulnerabilidad y que, si bien muestra una reducción general en algunos indicadores, mantiene patrones relevantes de trato indigno, dilación en la atención y afectaciones a la autonomía reproductiva. De manera específica, el incremento de manifestaciones relacionadas con presión para aceptar métodos anticonceptivos o esterilización permite contextualizar los hechos materia del presente asunto, en los que la atención obstétrica de **V1** fue condicionada al uso de un método de planificación familiar, lo cual evidencia que la conducta atribuida al personal médico no constituyó un hecho aislado, sino una expresión concreta de prácticas institucionales compatibles con violencia obstétrica.

2. Contexto subjetivo

De conformidad con el planteamiento de la SCJN, el nivel subjetivo ocurre en el ámbito particular de una interacción o en una situación concreta que ubica a la persona en situaciones de vulnerabilidad y en condiciones de ser victimizada.⁵⁴

En este plano, la vulnerabilidad de **V1** no puede entenderse únicamente a partir de su condición de mujer embarazada, sino de la convergencia de circunstancias clínicas, emocionales, institucionales y de género que incidieron en su capacidad real de

⁵³ “De acuerdo con el INEGI, las mujeres con discapacidad son personas que no pueden hacer, o hacen con mucha dificultad, al menos una de las actividades de la vida diaria: ver, oír, caminar, recordar, concentrarse, bañarse, vestirse, comer, hablar o comunicarse. Las mujeres con limitación son las que realizan al menos una de esas actividades diarias con un poco de dificultad. Por último, las mujeres sin limitación ni discapacidad son personas que pueden realizar esas actividades sin dificultad.” *Ibíd.*, p. 29.

⁵⁴ Cfr. Sentencia recaída al Amparo Directo 29/2017, nota 88.





ejercer sus derechos. **V1** se encontraba hospitalizada, en fase final de gestación, con datos de embarazo postérmino y disminución severa de líquido amniótico, por lo que dependía materialmente del personal médico para recibir una intervención oportuna que protegiera su salud, su integridad y la viabilidad del producto de la gestación. Esa dependencia se intensificó por la asimetría propia de la relación médico-paciente, en la que el personal sanitario concentraba el conocimiento técnico, el control de los tiempos de atención, el acceso al quirófano y la información necesaria para la toma de decisiones. En ese escenario, el condicionamiento de la cesárea al uso de un método de planificación familiar no sólo constituyó una interferencia indebida en su autonomía reproductiva, sino que colocó a **V1** ante una falsa disyuntiva: aceptar una intervención anticonceptiva no deseada o enfrentar la postergación de la atención obstétrica que requería. Por ello, la vulnerabilidad subjetiva de **V1** se vio agravada por la presión ejercida, la incertidumbre, el dolor, la angustia y la falta de respuesta institucional eficaz, factores que profundizaron su situación de subordinación y desprotección dentro del servicio público de salud.

Así, el contexto subjetivo demuestra que **V1** no se encontraba en condiciones ordinarias para negociar, resistir o controvertir las decisiones del personal médico, pues su necesidad de atención inmediata, la urgencia obstétrica, el dolor físico, la expectativa de preservar la vida del ser en gestación y la autoridad técnica del personal sanitario redujeron significativamente su margen real de autodeterminación. Por lo tanto, cualquier presión, dilación o condicionamiento ejercido en ese momento adquiriría una gravedad reforzada, al ocurrir en el ámbito de una situación de especial dependencia y vulnerabilidad.





V. DE LAS OBLIGACIONES EN EL RESPETO DE LOS PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS

A continuación, a partir de las diligencias llevadas a cabo y de las evidencias documentadas en el expediente del caso, con base en una perspectiva de derechos humanos se proceden a valorar los hechos de acuerdo con las obligaciones constitucionales que toda autoridad tiene en la República Mexicana.

La propuesta metodológica para el análisis del presente asunto parte de los principios constitucionales de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, establecidos en el artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a fin de determinar la vulneración a derechos humanos y establecer las acciones transformadoras a seguir, tomando como parámetros las obligaciones y deberes que la autoridad recomendada debió observar en el caso concreto, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

V.1.1. Universalidad

Todos los seres humanos tienen todos y los mismos derechos, por la sola condición de ser humanos, con independencia de quienes sean, donde vivan, de su situación o características particulares. Esta es la idea central de la Declaración Universal de Derechos Humanos y constituye un aspecto fundamental de todo el sistema de los derechos humanos.⁵⁵ No obstante lo anterior, como afirman Vázquez y Serrano,⁵⁶ resulta imprescindible ubicar este principio a partir del contexto particular de cada persona, al considerar a la universalidad a partir de un caso en concreto.

⁵⁵ Cfr. A/73/227. *Universalidad, diversidad cultural y derechos culturales*. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos culturales, Asamblea General de las Naciones Unidas, Septuagésimo tercer período de sesiones, 25 de julio de 2018.

⁵⁶ Cfr. Vázquez, D. y Serrano, S. (2021). *Los Derechos en Acción* (Segunda Edición ed.). Flacso, México, p. 54.



Las mujeres en estado de gravidez requieren una protección reforzada, pues su condición puede colocarlas en una situación de mayor exposición ante riesgos médicos, institucionales y de género; por ello, cuando las personas servidoras públicas encargadas de garantizar sus derechos incumplen sus deberes de respeto, protección y garantía, no sólo hacen persistir esa condición de desventaja, sino que la profundizan mediante actos u omisiones incompatibles con la dignidad humana.

Como paciente obstétrica, **V1** se encontraba en una condición de vulnerabilidad acentuada que exigía del [REDACTED] una atención médica oportuna, diligente, segura, digna y de calidad. No obstante, dicho estándar fue incumplido por **SPR1**, lo que comprometió la protección efectiva de su derecho a protección de la salud. Por ello, resulta indispensable adoptar medidas institucionales que garanticen que la atención gineco obstétrica proporcionada en los hospitales del ISEM se brinde conforme a estándares de calidad, oportunidad, trato digno y respeto a los derechos humanos, asegurando que las personas servidoras públicas hagan efectivo ese derecho en la práctica.

V.1.2. Interdependencia

Los derechos humanos deben comprenderse como un conjunto integral, correlativo e indivisible, en el que sus distintos contenidos se articulan y condicionan recíprocamente. De ahí que la vigencia efectiva de un derecho contribuya a la materialización de otros, del mismo modo que la transgresión de uno de ellos puede irradiar efectos lesivos sobre diversas esferas de protección jurídica de la persona.

Dada la interdependencia entre derechos, al haber incurrido **SPR1** en negligencia al atender a **V1**, afectó su derecho a la protección de la salud, incidiendo en la pérdida



de la vida del ser no nacido, además de cometer la vulneración de la facultad de **V1** a una vida libre de violencia obstétrica.

V.1.3. Indivisibilidad

Conforme al principio de indivisibilidad, el análisis de una violación a derechos humanos no debe limitarse al derecho directamente afectado, sino que debe comprender las relaciones indirectas, mediatas o contextuales que dicha vulneración produce respecto de otros derechos. En ese sentido, la identificación de tales vínculos parte del examen integral de los hechos, del contexto en que ocurrieron y de los elementos que configuran la transgresión, con el propósito de determinar el alcance real de la afectación sufrida por la víctima.⁵⁷

Los derechos humanos deben analizarse desde una perspectiva integral, interdependiente e *indivisible*, en la que no existen categorías, sino un mismo nivel de protección articulado por principios comunes. Por ende, cuando se vulnera un derecho, no se afecta únicamente una esfera aislada de la persona, sino la unidad de su dignidad y el entramado de derechos que la protegen. Bajo esa lógica, la afectación al derecho a la protección de la salud puede proyectarse sobre otros derechos estrechamente vinculados, como la igualdad y no discriminación, el acceso a la información, el trato digno, la autonomía personal y el derecho a un nivel de vida adecuado.⁵⁸

⁵⁷ *Ibidem*, p. 82.

⁵⁸ Cfr. Civilis. Derechos Humanos, "Indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos" en *Manual de protección de los derechos de la sociedad civil*, sl, Civilis-Sinergia-Canada Fund for Local initiatives, 2013.





La falta de diligencia en la realización del trabajo que correspondía realizar tanto a **SPR1** como a **SPR2** devino en la vulneración de los derechos de **V1**, con efectos irreparables para el ser humano en gestación.

V.1.4. Progresividad

La progresividad comprende dos dimensiones complementarias: la gradualidad y el avance constante. La primera supone que la plena efectividad de los derechos humanos no se alcanza de forma inmediata ni definitiva, sino mediante un proceso continuo que exige establecer objetivos verificables a corto, mediano y largo plazos. La segunda implica que el nivel de goce y protección de los derechos debe mejorar de manera permanente, sin retrocesos injustificados. Por ende, este principio demanda que las autoridades diseñen, implementen y evalúen planes, políticas y acciones orientadas al fortalecimiento progresivo de las condiciones que permiten hacer efectivos los derechos humanos.⁵⁹

En materia de protección del derecho a la salud, tanto en el Estado de México como en el ámbito nacional, se han alcanzado avances normativos e institucionales relevantes, particularmente respecto de la atención y tutela de los derechos de las mujeres gestantes. Sin embargo, persisten deficiencias estructurales, institucionales y personales que inciden negativamente en la atención gineco obstétrica y comprometen el ejercicio efectivo de los derechos de las pacientes. En ese contexto, resulta indispensable que la autoridad sanitaria estatal adopte medidas eficaces, progresivas y verificables para garantizar una atención obstétrica oportuna, digna, segura, libre de violencia y con perspectiva de género, atendiendo a la especial situación de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas y a la trascendencia de proteger su salud, autonomía reproductiva e integridad personal.

⁵⁹ Ibídem, p. 159.



VI. DERECHOS VULNERADOS

Conforme a las evidencias recabadas y documentadas en el expediente de queja, los derechos humanos vulnerados en perjuicio de **V1** son los siguientes.

VI. 1. Derecho a la protección de la salud

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 dignidad.⁶⁰ Derecho a la salud es la facultad de disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.⁶¹

Para conseguir ese grado máximo de salud -dado el carácter inclusivo del derecho que nos ocupa- resulta indispensable materializar una gama de aspectos que hacen posible el bienestar integral de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de los servicios de salud y condiciones sanitarias adecuadas, alimentación apropiada, condiciones de trabajo seguras, medio ambiente salubre, agua y vivienda decente.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud es un derecho derivado, componente, parte del derecho genérico que representa el derecho a la salud. En tal sentido, la doctrina ha señalado que esa protección se manifiesta en tres ámbitos diferentes: derecho a la protección de la salud individual y colectiva en sentido estricto; derecho a la asistencia sanitaria; y derecho a decidir en el ámbito de los tratamientos médicos. En correspondencia con esas tres esferas, el Estado juega roles distintos:

⁶⁰ Cfr. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁶¹ Cfr. Art. 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



[...]en el primer caso tendría un deber fundamentalmente de hacer (promover políticas públicas que fomenten la salud individual y colectiva y que prevengan enfermedades), **en el segundo, su obligación sería de dar (prestar asistencia sanitaria)**, y en el tercero, una obligación de no hacer (respetar las decisiones del paciente en el ámbito de su salud [...]) (resaltado fuera de texto).⁶²

La SCJN ha sostenido que el derecho a la salud tiene una proyección individual o personal y otra pública o social, según se advierte de la jurisprudencia de rubro **“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.”**⁶³.

El derecho de protección a la salud de las personas en lo individual, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona. De ahí que el Estado tiene un interés constitucional en procurar a las personas, en lo individual, un adecuado estado de salud y bienestar.

Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.⁶⁴ Lo anterior conlleva la obligación de emprender las acciones necesarias para alcanzar dicho fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, así como la identificación de los principales problemas que afecten la salud pública, entre otras.

El Máximo Tribunal de nuestro país se pronunció en la tesis **“DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4º. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS**

⁶² Cfr. Bombillar Sáenz, Francisco M. y Pérez Miras, Antonio, “El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de derecho comparado”, en *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, primer semestre, 2015, Núm. 25, p. 299 y ss.

⁶³ **“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.”** Instancia: Primera Sala, **Materia(s):** Constitucional, **Tesis:** 1a./J. 8/2019 (10a.), **Tipo:** Jurisprudencia, **Décima Época,** **Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 63, Febrero de 2019, Tomo I, página 486.

⁶⁴ Ídem.





TRATADOS INTERNACIONALES DE LA MATERIA DE DERECHOS HUMANOS⁶⁵

en el sentido de que el numeral 4° de la Constitución Federal es compatible con diversos instrumentos internacionales de derechos humanos tales como la DUDH, el PIDESC y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

Así, el artículo 4° constitucional encuentra correspondencia con el diverso 12 del PIDESC, el cual define el derecho a la salud como "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"⁶⁶, por lo que se debe entender incorporado a nuestro parámetro de control constitucional según los estándares internacionales en la materia, incluidos los jurisprudenciales emitidos por la Corte IDH.

Por su parte, el artículo 12, párrafo uno del PIDESC establece que los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo dos del propio numeral ilustra, a manera de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho".

A su vez, el artículo 25, párrafo uno, de la DUDH afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y

⁶⁵ **Instancia:** Primera Sala, **Novena Época, Materia(s):** Constitucional, **Tesis:** 1a. LXV/2008, **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVIII, Julio de 2008, página 457, **Tipo:** Aislada.

⁶⁶ Conforme al párrafo 9. De la Observación general N° 14 (2000) del Comité de los Derechos Sociales, Culturales y Económicos de las Naciones Unidas El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.





en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

De acuerdo con lo establecido por la SCJN, en la tesis de rubro **"DERECHO HUMANO A LA SALUD. EL ESTADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS HASTA EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DE QUE DISPONGA PARA LOGRAR PROGRESIVAMENTE SU PLENA EFECTIVIDAD."** las violaciones al derecho a la salud se pueden producir por no adoptar las medidas necesarias que emanan de las obligaciones legales, no contar con políticas o legislación que favorezca el nivel más alto de salud posible o, no **hacer cumplir las leyes existentes en la materia.**⁶⁷

En el mismo sentido, la SCJN⁶⁸ ha destacado que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para asegurar la prestación adecuada de los servicios de salud, especialmente cuando se trata de obligaciones de cumplimiento inmediato vinculadas con la atención de necesidades urgentes de personas o grupos en situación de vulnerabilidad. Dicho estándar resulta plenamente aplicable al caso, pues **V1**, en su calidad de paciente obstétrica con una condición clínica de riesgo, requería una respuesta sanitaria oportuna, eficaz y reforzada; por tanto, la autoridad sanitaria estaba obligada a garantizar de manera inmediata la protección efectiva de su derecho a la protección de la salud.

En los hechos se violó el derecho a la protección de la salud de **V1** porque el servicio médico recibido no satisfizo los estándares mínimos de oportunidad, calidad,

⁶⁷ Véase la Tesis de rubro **"DERECHO HUMANO A LA SALUD. EL ESTADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS HASTA EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DE QUE DISPONGA PARA LOGRAR PROGRESIVAMENTE SU PLENA EFECTIVIDAD."**, Instancia: Primera Sala, Materia(s): Constitucional, Tesis: 1a. XV/2021 (10a.), Tipo: Aislada, Décima Época, Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84, Marzo de 2021, Tomo II, página 1224. Registro digital: 2022889.

⁶⁸ **SCJN AMPARA A PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA QUE GOCEN DEL DH 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.





seguridad, diligencia, trato digno y respeto a la autonomía reproductiva que exige la atención obstétrica, y que el personal de salud está obligado a cumplir.⁶⁹

V1 presentaba una condición obstétrica de riesgo, ya que cursaba un embarazo de más de 41 semanas, documentándose disminución severa de líquido amniótico (oligohidramnios), condición que exigía una vigilancia reforzada y una respuesta médica oportuna.

A pesar de que **SPR1** advirtió datos clínicos que hacían necesaria la resolución quirúrgica, postergó la intervención hasta después de que se determinó el óbito fetal, al respecto, el dictamen técnico-médico de la CCAMEM expresa que, ante embarazo postérmino y oligohidramnios severo, la cesárea debía realizarse oportunamente, incluso dentro de un plazo máximo de una hora conforme al lineamiento aplicable.⁷⁰

La actuación de **SPR1** no se ajustó a la *lex artis*, porque no empleó con diligencia los medios médicos disponibles para proteger la salud de **V1**. No se trató de un resultado adverso inevitable, sino de una omisión en la atención requerida frente a un cuadro clínico conocido, por tanto, existió mala práctica médica.

Por otra parte, **SPR1** condicionó la atención obstétrica al uso de un método de planificación familiar. Esa conducta afectó la autonomía reproductiva de **V1** y convirtió una orientación médica que debía ser libre, informada y voluntaria, en un mecanismo de presión.

Al respecto, el Comité de Bioética del [REDACTED] concluyó que se cometieron actos catalogados como violencia obstétrica.⁷¹ La violencia obstétrica vulnera el derecho a

⁶⁹ De acuerdo con 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.

⁷⁰ Evidencia 7, foja 257 del segundo tomo.

⁷¹ Evidencia 3.2., foja 54 del tomo primero.





la protección salud, porque degrada la calidad, aceptabilidad y dignidad del servicio médico, es decir, impide que la atención médica materna se preste conforme a los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad, seguridad y trato digno.

Cuando el personal de salud demora injustificadamente la atención, condiciona procedimientos médicos, impone decisiones reproductivas, minimiza el dolor, omite información, ejerce presión psicológica o brinda un trato degradante, no sólo afecta la dignidad de la paciente, sino que deteriora la calidad del servicio médico y compromete su bienestar físico, mental, emocional y reproductivo.

Así, la violencia obstétrica constituye una transgresión al derecho a la protección de la salud, pues transforma un servicio que debería proteger a la mujer en un espacio de riesgo, subordinación y afectación a su autonomía.

Por su parte, **SPR2** vulneró el derecho a la protección de la salud de **V1** porque, en su calidad de responsable del nosocomio durante el turno especial diurno, tenía a su cargo deberes institucionales de supervisión, vigilancia, coordinación y reacción frente al funcionamiento del servicio médico.⁷²

De las constancias se desprende que **SPR2** tuvo conocimiento de la presencia de **V1** en el área de tococirugía, así como de su condición obstétrica de riesgo, consistente en embarazo mayor a 41 semanas y disminución de líquido amniótico; sin embargo, omitió desplegar acciones efectivas para verificar que la atención se brindara con oportunidad, calidad, seguridad y diligencia reforzada. Su responsabilidad no se

⁷² La omisión de **SPR2** contravino sus obligaciones de proteger y garantizar los derechos humanos (Artículo 1º párrafo tercero de la CPEUM y 5 párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México), así como su deber de prestar servicios oportunos, seguros, adecuados y de calidad dentro del hospital del caso (artículo 4º de la CPEUM), de otorgar prioridad a la atención materno-infantil y brindar servicios a mujeres embarazadas con respeto a sus derechos humanos (numerales 61 y 61 Bis de la Ley General de Salud), además de brindar atención obstétrica oportuna, adecuada, segura y con vigilancia clínica suficiente (NOM-007-SSA2-2016).





limitaba a proporcionar insumos al personal especialista ni a deferir íntegramente la decisión clínica a **SPR1**, pues como responsable institucional debía dar seguimiento al caso, advertir el riesgo, coordinar los recursos disponibles y activar los mecanismos necesarios para evitar la consumación de una afectación a la salud de la paciente.⁷³

La omisión se robustece con su propia manifestación, al reconocer que no realizó acciones pertinentes en el caso, bajo el argumento de que el médico tratante había dado solución a la problemática.⁷⁴ Así, la pasividad institucional de **SPR2** permitió que **V1** permaneciera en una situación de riesgo y desprotección dentro de una unidad médica pública obligada a garantizar atención obstétrica inmediata, segura, digna y de calidad, lo que actualiza la vulneración a su derecho a la protección de la salud.

VI.2. Derecho a la protección de la integridad personal

“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.”⁷⁵ Esa generalidad o plenitud de la persona debe ser protegida en todas sus formas, en todos los ámbitos y en todas las circunstancias.

Este derecho fundamental posee una doble dimensión,⁷⁶ en sentido positivo supone la preservación de las dimensiones física, psíquica y moral del ser humano, y en sentido negativo el de no ser sujeto de maltrato, ofensa, tortura, en forma cruel o inhumana en perjuicio de la dignidad e integridad personal:

Es un bien jurídico, cuya protección tiene como fin y objetivo que las personas puedan desarrollarse integralmente, así como otorgar las condiciones que le permitan al ser humano

⁷³ Evidencias 1, 4, 5 y 6.

⁷⁴ Evidencia 5.1.

⁷⁵ Artículo 5, numeral 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

⁷⁶ Delgado Carbajal, Baruch y Bernal Ballesteros, María José. *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, Toluca, CODHEM; 2016, p. 113.





gozar de una vida plena en sus funciones orgánicas, corporales, psíquicas y espirituales. En el aspecto físico, se hace referencia a la conservación del cuerpo humano y al equilibrio funcional y fisiológico; en el ámbito psíquico, se busca preservar y no menoscabar las facultades mentales y, en el aspecto moral se pretende incentivar la capacidad y autonomía del individuo para conservar, cambiar y desarrollar sus valores personales, lo que contempla que nadie puede ser humillado o agredido moralmente.⁷⁷

En virtud de que la dignidad humana es el fundamento de los derechos humanos y que la protección de la integridad física y psíquica de la persona es una obligación que proviene del reconocimiento de esa dignidad, sin la cual otros derechos “quedarían vacíos de contenido, pues un cuerpo violentado o una mente anulada carecen de la base necesaria para ejercer plenamente tales derechos,”⁷⁸ porque:

Esta perspectiva exige que las prácticas médicas, científicas y sociales respeten y promuevan activamente la integridad personal, reconociendo la inseparabilidad de la unidad cuerpo-mente. El ser humano no puede fragmentarse en dimensiones físicas y espirituales aisladas; su integridad implica la protección integral de su existencia. Por ello, cualquier intervención sobre el cuerpo o la psiquis humana debe estar orientada no solo al bienestar físico, sino también a la preservación de la autonomía, la identidad personal y la capacidad de participar de manera plena y libre en la vida social, política y cultural.⁷⁹

La vulneración al derecho que nos ocupa se actualiza porque **V1** se encontraba en una condición clínica de riesgo —embarazo de más de 41 semanas y oligohidramnios severo— que exigía una respuesta médica oportuna, diligente y reforzada. Sin embargo, **SPR1** omitió resolver la gestación en el tiempo médicamente indicado, pese a que existían datos clínicos suficientes para practicar la cesárea de manera urgente. Esa dilación expuso a **V1** a un riesgo innecesario, prolongó su situación de vulnerabilidad y comprometió su bienestar físico y emocional.

⁷⁷ Ídem.

⁷⁸ Palomares Cantero, Juan Manuel, “El derecho a la integridad y el valor del propio cuerpo,” disponible en: <https://www.anahuac.mx/mexico/CADEBI/noticias/el-derecho-la-integridad-y-el-valor-del-propio-cuerpo>

⁷⁹ Ídem.



Además, como se ha expuesto, la afectación a la integridad personal no se limita al daño corporal. También comprende la integridad psíquica y moral. En este caso, **V1** fue sometida a un contexto de angustia, incertidumbre, trato indigno y presión respecto de su autonomía reproductiva, al condicionarse la atención obstétrica al uso de un método de planificación familiar. Esa conducta generó una afectación emocional grave, pues la paciente dependía del personal médico para proteger su salud y la viabilidad del embarazo, y en lugar de recibir atención inmediata, digna y libre de violencia, fue colocada en una situación de subordinación, presión y desprotección.

Asimismo, el desenlace del óbito fetal, ocurrido después de la dilación en la atención quirúrgica, produjo en **V1** una afectación psicoemocional, derivada de la pérdida de **V2** y de la forma en que recibió la atención médica. Por tanto, la omisión médica, el condicionamiento de la atención y el trato asociado a violencia obstétrica constituyen actos que lesionaron su integridad física, psíquica y moral.

En lo que corresponde a **SPR2**, dicho servidor público vulneró el derecho a la protección de la integridad personal de **V1** porque, en su calidad de responsable del nosocomio durante el turno especial diurno, tenía una posición institucional de garante respecto de la adecuada prestación del servicio médico y de la protección reforzada que requería la paciente obstétrica.

De acuerdo con las evidencias, **SPR2** tuvo conocimiento de dos circunstancias relevantes: por una parte, la presencia de **V1** en el área de tococirugía; y, por otra, su condición clínica de riesgo. No obstante, pese a esa información, omitió desplegar acciones efectivas de supervisión, coordinación, seguimiento y reacción institucional que permitieran verificar la oportunidad y suficiencia de la atención brindada. Por tanto, su inactividad contribuyó a que la atención tardía prolongara la exposición de **V1** a un riesgo obstétrico que exigía intervención diligente y reforzada.

De ahí que la omisión de **SPR2** contribuyó a la afectación de la integridad física, psíquica y moral de **V1**, al tolerar un entorno hospitalario en el que se prolongó injustificadamente la exposición a un riesgo obstétrico y no se activaron mecanismos institucionales eficaces para protegerla.

VI.3. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Es la prerrogativa de toda persona a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.⁸⁰

Todo tratamiento, intervención quirúrgica o exámenes para efectos de diagnóstico o investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación que realiza un médico general o especializado en alguna rama de la ciencia médica se denomina acto médico.⁸¹ Dada su relevancia e implicaciones, el acto médico sólo puede ser materializado por profesionales de la medicina que tengan título académico o sean especialistas en determinada rama médica, esas son las condiciones que garantizan los conocimientos y las aptitudes de las y los médicos ante el Estado, y tal es el presupuesto que origina su responsabilidad legal.⁸²

Desde la perspectiva jurídica, el acto médico se conforma por la capacidad profesional del médico o médica, la ejecución típica y la *lex artis*.⁸³ Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex*

⁸⁰ 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.

⁸¹ Alfredo Achával citado por Ríos Ruiz, María de los Ángeles y Fuente del Campo, Antonio en "El arbitraje en la praxis médica, análisis y perspectivas de nuevos mecanismos para la solución de controversias" (capítulo 1) de *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. Compendio, México, CNDH, 2017

⁸² Ídem.

⁸³ Ídem.



artis, la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, por supuesto, sin la garantía de la curación del paciente.⁸⁴

Del dictamen emitido por el Comité de Bioética del [REDACTED] y del Dictamen Técnico-Médico Institucional de la CCAMEM se desprende que la atención otorgada a **V1** no se ajustó a los estándares de diligencia exigibles en una urgencia obstétrica. El primero concluyó que se cometieron actos catalogados como violencia obstétrica, al haberse condicionado la atención médica y la resolución del embarazo al uso de un método de planificación familiar, generando dilación y omisión en la atención. Por su parte, la CCAMEM determinó la existencia de elementos de mala práctica médica atribuibles a **SPR1**, al advertir que, frente a un embarazo postérmino asociado a oligohidramnios severo, no realizó oportunamente la cesárea indicada, a pesar de que dicha condición requería una intervención quirúrgica urgente conforme a la literatura médica y al Lineamiento Técnico de Cesárea Segura.

La negligencia médica se actualiza porque el personal sanitario tuvo conocimiento de datos clínicos que exigían una respuesta inmediata, pero omitió desplegar la conducta médica indicada dentro del tiempo razonable y técnicamente exigible. Esa omisión, validada por el dictamen especializado de la CCAMEM y contextualizada por el Comité de Bioética como parte de una atención condicionada y violenta, demuestra que la violación no se limitó a una deficiencia aislada, sino que comprometió el estándar mínimo de calidad, seguridad, oportunidad y trato digno que debe regir toda atención obstétrica.

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para los especialistas de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia,

⁸⁴ Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en *Octavo Simposio Internacional CONAMED*, 2003.





diligentemente, sin que se les pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurran en abandono o descuido del enfermo o no apliquen los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.⁸⁵

Todo servicio médico prestado a los pacientes debe ser documentado en forma escrita por los profesionales de la salud. El expediente clínico permite observar la actuación de las y los servidores sanitarios, en él se evidencia y demuestra tanto la intervención prudente y con diligencia, como lo contrario. Cuando se contravienen u omiten los principios de la *lex artis*, la deontología médica o las normas jurídicas del ejercicio profesional, se incurre en mala práctica de la medicina. Una de las especies de la mala práctica reconocidas en el derecho mexicano es la negligencia, por la cual todo profesional de la salud debe responder ante la ley, debido al daño que resulte de su actividad profesional.

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

En la actuación de **SPR1** hubo negligencia porque **V1** cursaba un embarazo mayor a 41 semanas, asociado a oligohidramnios severo, situación que, conforme al dictamen técnico-médico de la CCAMEM,⁸⁶ constituía una indicación para realizar cesárea de manera oportuna. No obstante, **SPR1** omitió practicar el procedimiento quirúrgico dentro del tiempo médicamente indicado, pese a que él mismo identificó la disminución de líquido amniótico y determinó que no era factible continuar con labor de parto.

⁸⁵ Ídem.

⁸⁶ Evidencia 7.





La conducta fue negligente porque no se trató de un resultado adverso inevitable ni de un simple error de apreciación clínica, sino de una **omisión en la aplicación de los medios médicos disponibles** frente a un riesgo conocido. Como se ha dicho, el estándar exigible al personal médico es de medios, no de resultados; sin embargo, ello implica actuar con prudencia, diligencia, oportunidad y apego a la *lex artis*. En el caso, ese deber fue incumplido al diferir la cesárea y mantener a **V1** en espera hasta que se constató el óbito fetal.

Además, la negligencia se refuerza porque la atención fue condicionada al uso de un método de planificación familiar, lo que desvió la actuación médica de su finalidad esencial: resolver una urgencia obstétrica y proteger la salud de la paciente. Esa conducta implicó una atención insuficiente, inadecuada y tardía, incompatible con el deber de cuidado reforzado que correspondía observar en favor de una mujer embarazada en situación de vulnerabilidad.

VI.4. Derecho de acceso a una vida libre de violencia obstétrica

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.⁸⁷

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

⁸⁷ 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.





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."

Adicionalmente, el diverso 27 Ter del citado ordenamiento jurídico señala:

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.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.
[...]
- IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.

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, 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.

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

La legislación vigente en nuestro país y entidad federativa contribuye a la materialización de los derechos de las mujeres, en cuyo contexto debe proporcionarse





protección especial a las mujeres gestantes 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.

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

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.

Por su parte, 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.

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.⁸⁸

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

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 las y los médicos son formados.

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

En el caso, existió violencia obstétrica en perjuicio de **V1** porque la atención brindada por **SPR1** se apartó de los estándares de oportunidad, eficacia, dignidad, trato

⁸⁸ 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.



respetuoso y respeto a la autonomía reproductiva que deben regir la atención durante el embarazo, parto y emergencias obstétricas.

Tal como se ha reiterado, las condiciones de **V1** exigían la resolución quirúrgica oportuna de la gestación; sin embargo, pese a contar con datos clínicos suficientes, **SPR1** difirió injustificadamente la cesárea hasta después de que se determinó la muerte fetal intrauterina. Dicha omisión encuadra en el supuesto previsto por el artículo 27 Ter, fracción I, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, relativo a no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas.

Asimismo, la atención fue condicionada al uso de un método de planificación familiar, lo que constituyó una forma de presión sobre la autonomía reproductiva de **V1** y convirtió una consejería médica que debía ser libre, informada y voluntaria en un mecanismo de subordinación. A ello se sumó un trato despectivo y estereotipado que vulneró su dignidad. Por tanto, la dilación injustificada, el condicionamiento de la atención médica, la presión psicológica y el trato indigno configuran violencia obstétrica, al lesionar la dignidad, integridad y libertad de **V1** en el contexto de una atención obstétrica que debía ser inmediata, segura, respetuosa y libre de violencia, entre otras cuestiones, al referir **SPR1**:

[...] que las mujeres son muy irresponsables, porque no se cuidan y tienen un hijo tras otro.⁸⁹

VII. OBLIGACIONES Y DEBERES ESPECÍFICOS DE DERECHOS HUMANOS APLICABLES

Después de efectuar el análisis de contexto de los acontecimientos materia de esta resolución, de desarrollar las obligaciones relativas a los principios de los derechos

⁸⁹ Evidencia 1, fojas 34 a 36.

humanos, así como la identificación de las víctimas directas (**V1** y **V2**) y de la indirecta afectada (**VI1**) por las violaciones a derechos cometidas, además de establecer que los derechos vulnerados fueron: la protección de la salud, la protección de la integridad personal, a una atención médica libre de negligencia y de acceso a una vida libre de violencia obstétrica, a continuación se examinan las obligaciones que corresponden a la autoridad responsable.

Las obligaciones generales y los deberes específicos se encuentran establecidos en la CPEUM, en su artículo primero, párrafo tercero, así como en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México en su numeral 5, párrafo tercero, ordenamientos jurídicos que estatuyen la obligación de todas las autoridades para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos; en armonía con el derecho internacional de los derechos humanos y la normativa aplicable al caso particular.

A. Obligación de respetar

Supone el deber estatal de abstenerse de interferir en el goce y ejercicio de los derechos de las personas, es un deber negativo para servidores públicos y autoridades. Esto representa la prohibición de todo acto que dañe, afecte o quebrante los derechos humanos.

En cuanto a esta obligación, la SCJN ha precisado:

[...] para determinar [...] la obligación de respetarlos [...] ésta puede caracterizarse como el deber de la autoridad que le impide interferir con el ejercicio de los derechos o ponerlos en peligro, ya sea por acción u omisión; es decir, la autoridad, en todos sus niveles (federal, estatal o municipal) y en cualquiera de sus funciones (ejecutiva, legislativa o judicial), debe mantener el goce del derecho y, por ende, su cumplimiento es inmediatamente exigible puesto que, aun cuando primeramente está dirigida a los órganos del Estado, también incluye la conducta de los particulares, que igualmente se encuentran obligados a no interferir con el



ejercicio de los derechos; por tanto, esta obligación alcanza la manera en que las autoridades entienden las restricciones a los derechos, tanto en su formación (a cargo del Poder Legislativo) como en su aplicación (Poder Ejecutivo) e interpretación (Poder Judicial).⁹⁰

La obligación de respetar los derechos humanos exige que toda autoridad y persona servidora pública eviten realizar actos u omisiones que interfieran, obstaculicen, restrinjan o pongan en riesgo el goce efectivo de los derechos de las personas. En el ámbito de los servicios sanitarios públicos, dicha obligación impone al personal médico el deber de no afectar la salud, integridad, dignidad, autonomía reproductiva y acceso de las pacientes a una atención médica oportuna, segura, libre de negligencia y libre de violencia obstétrica. Por tanto, la autoridad responsable y su personal no sólo debían prestar el servicio conforme a la normativa sanitaria aplicable, sino también abstenerse de cualquier conducta que colocara a **V1** en una situación de mayor riesgo.

En el caso concreto, **SPR1** incumplió la obligación de respetar los derechos humanos de **V1**, porque, en lugar de abstenerse de interferir en el ejercicio de sus derechos, desplegó conductas y omisiones que los afectaron directamente. La dilación injustificada en la resolución quirúrgica de la gestación, pese a la existencia de datos clínicos que exigían una cesárea oportuna, implicó una interferencia indebida en el derecho de **V1** a la protección de la salud y a una atención médica libre de negligencia. Asimismo, el condicionamiento de la atención obstétrica al uso de un método de planificación familiar constituyó una intromisión ilegítima en su autonomía reproductiva y una forma de presión incompatible con el trato digno que debe regir toda atención médica.

⁹⁰ DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE RESPETARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o J/23 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2257, Registro digital 2008517.





En esa medida, la autoridad responsable no observó el deber negativo de abstención que deriva de la obligación de respeto, pues permitió que la atención obstétrica se convirtiera en un espacio de riesgo y violencia para **V1**. Se insiste que la conducta atribuida a **SPR1** no fue una mera deficiencia administrativa, sino una actuación contraria al parámetro constitucional y convencional que obliga a todas las autoridades a respetar los derechos humanos. Por ello, la omisión médica, la atención tardía, el condicionamiento del procedimiento y el trato asociado a violencia obstétrica actualizaron la vulneración de los derechos de **V1** a la protección de la salud, a la integridad personal, a una atención médica libre de negligencia y a una vida libre de violencia obstétrica.

Por ende, el **ISEM**, como autoridad responsable del servicio público de salud prestado en el hospital donde ocurrieron los hechos, debe asumir que la obligación de respetar no se satisface únicamente con la existencia de normas, protocolos o lineamientos, sino con la conducta concreta de su personal en la atención diaria. Cuando una persona servidora pública, en ejercicio de funciones sanitarias, omite actuar con diligencia o condiciona la prestación del servicio médico, el Estado incumple su deber de no interferir ni poner en peligro los derechos de las personas usuarias. Por ello, en el presente asunto, la actuación de **SPR1** y **SPR2** compromete la responsabilidad institucional de la autoridad recomendada y justifica la emisión de medidas de rehabilitación, no repetición y satisfacción.

B. Obligación de proteger

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).⁹¹

La SCJN ha señalado sobre este deber:

[...] 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 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.⁹²

En su vertiente preventiva, la obligación estatal de proteger encuentra respaldo en un marco jurídico y administrativo de salud en el Estado de México que, en términos generales, se armoniza con los principios, normas, directrices y estándares de derechos humanos previstos tanto en la Constitución Federal como en el derecho internacional. Dicho marco resultaba aplicable al caso concreto y debía orientar la actuación de la autoridad responsable para hacer efectivos los derechos que fueron vulnerados.

⁹¹ Cfr. *Ibíd.*, p. 124 y ss.

⁹² 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.



Por tanto, no bastaba con la existencia de un marco jurídico idóneo, la obligación de proteger requería una conducta institucional activa que hiciera posible resguardar a **V1** frente a riesgos provenientes incluso del propio personal médico. De manera que la contravención a dicho deber se produjo porque:

- El riesgo en que se hallaba **V1** era conocido y previsible, lo que requería vigilancia reforzada y resolución obstétrica oportuna.
- **SPR1** omitió actuar oportunamente, incumplió su deber de adoptar medidas médicas idóneas para prevenir la afectación que sufrieron **V1** y **V2**.
- **SPR1** condicionó indebidamente la atención que estaba obligado a otorgar a **V1**.
- **SPR2** no ejerció su deber de supervisión, aun conociendo las circunstancias de **V1**, pasó por alto desplegar acciones efectivas para verificar que recibiera atención inmediata, segura y diligente.
- Tampoco hubo mecanismos institucionales eficaces de reacción. Ante el riesgo obstétrico que corría **V1**, el hospital debió coordinar recursos, priorizar la atención, activar protocolos y supervisar la actuación del personal, lo que no se hizo, permitiéndose que el riesgo se consumara.

C. Obligación de garantizar

La obligación de garantizar no se agota en reconocer formalmente un derecho, sino que exige al Estado adoptar medidas positivas para hacerlo efectivo. Ello comprende remover los obstáculos que impidan su ejercicio, dotar o facilitar los recursos y



servicios necesarios para asegurar la igualdad sustantiva, así como planificar y fijar metas orientadas a cumplir progresivamente dichos deberes.⁹³

Sobre este deber estatal, la SCJN ha señalado:

[...] 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 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.⁹⁴

En forma coherente, acerca de la obligación, la Corte IDH ha expresado que no basta con que las autoridades eviten vulnerar los derechos, sino que es preciso adoptar

⁹³ Cfr. Fredman (2008) citado por Serrano y Vázquez, *Op. cit.*, nota 35, p. 115 y ss.

⁹⁴ 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.





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.⁹⁵

El Comité DESC 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 PIDESC, entre los que se encuentra el derecho a la protección de la salud. Ciertamente, esos niveles dependen de los recursos 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.⁹⁶

Adicionalmente, en cuanto al derecho a la salud materna, infantil y reproductiva, en términos del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,⁹⁷ los Estados Parte del PIDESC deben adoptar, entre otras, medidas para mejorar la salud infantil y materna, así como los servicios obstétricos de urgencia.⁹⁸

De igual forma, el Comité DESC 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,

⁹⁵ 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).

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC.

⁹⁸ 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.





presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.”⁹⁹

Según ha señalado la Corte IDH:

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 asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.¹⁰⁰

Con base en lo anterior, el ISEM está obligado a asegurar los derechos a la protección de la salud, a una atención médica libre de negligencia y a una atención sanitaria libre de violencia obstétrica para las pacientes gineco obstétricas en el HMIGV, tomando las medidas necesarias para tal efecto.

En el presente caso, la obligación de garantizar fue incumplida porque la autoridad sanitaria no adoptó las medidas positivas necesarias para hacer efectivos los derechos humanos de **V1**. Si bien existían normas oficiales, guías clínicas, protocolos hospitalarios y deberes institucionales orientados a proteger la salud materna, la integridad personal, la autonomía reproductiva y el acceso a una atención obstétrica libre de violencia, dichos instrumentos no se tradujeron en una actuación real, eficaz y oportuna en favor de la paciente.

Asegurar los derechos de **V1** exigía remover cualquier obstáculo que impidiera su acceso efectivo a la atención médica, asegurar la disponibilidad y coordinación de recursos humanos, técnicos y quirúrgicos, supervisar la actuación del personal

⁹⁹ Ídem.

¹⁰⁰ 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)).





médico, priorizar la urgencia obstétrica conforme al riesgo identificado y adoptar medidas inmediatas para evitar que la dilación en la cesárea comprometiera su salud e integridad. Sin embargo, la autoridad responsable permitió que **V1** permaneciera en espera pese a su circunstancia.

Además, la atención fue indebidamente condicionada al uso de un método de planificación familiar. Esta situación evidencia que la autoridad sanitaria no garantizó condiciones materiales, institucionales ni personales para que la paciente accediera a una atención médica aceptable, de calidad, libre de discriminación y violencia.

La omisión también se advierte en la falta de supervisión y reacción institucional. **SPR2**, como responsable del nosocomio, conoció de la presencia y condición clínica de **V1**, pero no desplegó acciones efectivas para asegurar que recibiera atención inmediata, segura y diligente. De esta manera, la estructura hospitalaria no removió los obstáculos que impedían el ejercicio efectivo de sus derechos, no facilitó los medios necesarios para su protección y no activó mecanismos de control suficientes para evitar la consumación del daño.

En esa tesitura, la violación a la obligación de garantizar no derivó únicamente de la conducta individual de **SPR1**, sino de la falta de una respuesta institucional capaz de hacer efectivos los derechos de **V1**. La existencia formal de normas y protocolos resultó insuficiente, pues la autoridad responsable omitió convertirlos en acciones concretas, coordinadas y verificables para asegurar la atención obstétrica que la paciente requería. Por ello, el ISEM incumplió su deber de garantizar los derechos a la protección de la salud, integridad personal, atención médica libre de negligencia y vida libre de violencia obstétrica.



VIII. ACCIONES TRANSFORMADORAS CONFORME A LOS PARÁMETROS INSTITUCIONALES

Las acciones transformadoras en materia de derechos humanos son medidas, políticas, acciones y/o estrategias, diseñadas para remediar una violación específica de derechos humanos, pero también para transformar las causas estructurales, sistémicas o culturales que generan esas vulneraciones de derechos.

Conforme a lo dispuesto en los artículos 5, párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México,¹⁰¹ en relación con los numerales 1, fracciones IV y V, 12, fracción XLII, 13, fracciones II, III, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México;¹⁰² artículo 101 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado

¹⁰¹ Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

¹⁰² **Artículo 1.** La presente Ley es de orden público e interés social, así como de aplicación y observancia obligatoria en el Estado Libre y Soberano de México, y tiene por objeto:

[...]

IV. Velar por la protección de las víctimas y ofendidos, así como proporcionar ayuda, asistencia y una reparación integral.

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 12. Las víctimas y ofendidos tienen, conforme a la Ley y sin perjuicio de lo dispuesto en otros ordenamientos jurídicos, de manera enunciativa, los derechos siguientes:

[...]

XLII. A que se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, integral y efectiva el daño que han sufrido como consecuencia del delito que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición, a través de la coordinación de las instancias gubernamentales implicadas.

[...]

Artículo 13. Para los efectos de la Ley se entenderá que la reparación integral será otorgada a partir de la resolución o determinación de un órgano local, nacional o internacional por el cual le sea reconocida su condición de víctima, comprendiendo las medidas siguientes:

[...]

II. L rehabilitación busca facilitar a las víctimas u ofendidos, hacer frente a los efectos sufridos por causa del delito o de las violaciones de derechos humanos ocurridas con motivo de un hecho delictuoso.

de México;¹⁰³ en atención a las circunstancias particulares del asunto, este Organismo pondera aplicables las siguientes acciones, soportadas en estándares que establecen un enfoque en derechos humanos.

Es importante establecer que cada uno de los trámites, acciones y medidas establecidas en la presente Recomendación, así como el seguimiento respectivo, constituyen una responsabilidad de la autoridad recomendada que debe asumir en función de los deberes contenidos en el artículo 1º, párrafo tercero, de la CPEUM.¹⁰⁴

Es menester puntualizar que la Corte IDH ha establecido que la obligación de garantizar impone a las autoridades prevenir, investigar y sancionar toda violación a los derechos humanos, el pronto restablecimiento, si es posible, del derecho

III. La compensación ha de otorgarse a la víctima u ofendido de forma apropiada y proporcional a la gravedad del delito cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos ocurrida con motivo de un hecho delictuoso y de conformidad a los requisitos establecidos en la presente Ley.

IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, las cuales identifican la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, salvaguardando la protección e integridad de la víctima, ofendido, testigos o personas que hayan intervenido.

V. Las medidas de no repetición buscan que el delito o la violación de derechos sufrida por la víctima u ofendido no vuelva a ocurrir.

[...]

¹⁰³ **Artículo 101.-** En las Recomendaciones debe señalarse las medidas que procedan para la efectiva conservación y restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

¹⁰⁴ **Artículo 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta 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 esta Constitución establece.

[...]

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

[...]



conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la transgresión de los derechos humanos.¹⁰⁵

A. REPARACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VULNERACIONES A DERECHOS HUMANOS

a. Medida de rehabilitación

La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos.¹⁰⁶ Con la rehabilitación se pretende reparar lo relativo a las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica.¹⁰⁷

VIII.1.1. Medidas de rehabilitación

VIII.1.1.A. Atención psicológica y/o tanatológica

La autoridad a la que se dirige esta Recomendación debe velar por que el conjunto de medidas de reparación que a continuación se especifican, se efectúen de manera oportuna, así como es su responsabilidad documentar de manera puntual ante esta Comisión, su cabal cumplimiento en los términos que se precisarán en el presente apartado.

En consecuencia, una vez acreditada la vulneración a los derechos humanos de **V1**, atribuible a personal sanitario del ISEM, es preciso que se otorgue a la propia **V1**, así como a **V11**, la rehabilitación psicológica y/o tanatológica que requieran, comprendida

¹⁰⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo) Serie C No. 4, párr.166, disponible en: www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf.

¹⁰⁶ Artículo 27 fracción II de la LGV.

¹⁰⁷ Cfr. Calderón Gamboa, Jorge F. *La evolución de la "reparación integral" en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, CNDH, primera reimpresión, 2015, p. 55.





como aquella medida que busca facilitar a la víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones a derechos humanos; para lo cual se deben satisfacer las consideraciones previstas por el artículo 62 de la Ley General de Víctimas.

Sobre el particular, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, el ISEM deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a **VI** y **VI1**, la atención psicológica o tanatológica que corresponda, siendo su responsabilidad garantizar los servicios descritos a las personas afectadas, procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización, previa autorización y consentimiento documentados cabalmente.

La autoridad responsable podrá hacerlo por sí misma o podrá auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca los servicios descritos, a través de la cual deberá efectuarse un psicodiagnóstico para determinar la afectación que las víctimas pudieran tener, dada la pérdida ocasionada y, en caso de concluir que requieren atención psicológica y/o tanatológica especializada, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo de manera inmediata, siendo responsabilidad de la autoridad -en observancia de la obligación de garantizar- los servicios descritos, además de procurar que se encuentren en un perímetro conveniente y accesible para el traslado de las personas víctimas.

Por lo descrito en este instrumento público, el estándar anterior constituye una **medida de rehabilitación**, que debe cumplirse de manera cabal.



VIII.1.1.B. Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas y pago de indemnización compensatoria

La presente Recomendación otorga la calidad de víctima directa a **V1** y de víctima indirecta de violaciones a derechos humanos a **VI1**. Para tal efecto, se solicitará a la CEAVEM la inscripción respectiva en el Registro Estatal de Víctimas para que ambas víctimas puedan acceder a los servicios que ofrece la misma CEAVEM, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia, incluido el pago de la indemnización compensatoria.

En tal virtud, con fundamento en los artículo 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 del núcleo familiar de **V1** y **VI1** 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 la propia CEAVEM a **V1** y **VI1** con motivo de la violación a los derechos humanos aquí documentada.¹⁰⁸

El presente estándar constituye una medida de compensación que debe ser satisfecha puntualmente.

VIII.1.2. Medidas de no repetición

VIII.1.2.A Capacitación

En tanto medida de no repetición, la adecuada formación permitirá a los servidores públicos del ISEM, desarrollar sus actividades bajo criterios de eficiencia y eficacia con respeto a los derechos humanos.

¹⁰⁸ Con fundamento en lo establecido por los artículos 27 fracción III, 79 párrafos segundo y quinto, además de 144 párrafo primero y 145 de la LGV, así como 51 y 55 fracción III de la Ley de Víctimas del Estado de México.



En virtud de los hechos, el estándar deberá versar sobre lo siguiente:

VIII.1.2.A.1. Capacitación formativa y continua que garantice la protección de la salud y la prestación de servicio libre de violencia obstétrica

En atención a que, mediante oficio 208C0101000200S-3387/2025, el ISEM informó que a partir del 18 de julio de 2024 el [REDACTED] fue transferido a los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar, las medidas de no repetición que impliquen intervención directa en dicho nosocomio deberán entenderse circunscritas al ámbito de competencia actual de la autoridad recomendada. Lo anterior no exime al ISEM de asumir las consecuencias derivadas de los hechos ocurridos cuando el hospital se encontraba bajo su adscripción, ni de adoptar medidas de reparación, satisfacción, investigación y prevención dentro de las unidades y personal que actualmente permanecen bajo su responsabilidad.

Debido a lo acontecido en el presente caso, es indispensable que el personal de la salud comprenda y asimile la importancia de su labor para la salud, integridad y vida de las personas, que deben ser apreciadas como titulares de derechos y no como meros beneficiarios de programas sociales.

Por consiguiente, como acciones extensivas para la calidad en la prestación del servicio en las unidades médicas que actualmente se encuentren bajo su adscripción y que brinden atención gineco obstétrica, deben llevarse a cabo:

VIII.1.2.A.2. A partir de lo razonado en el rubro enfocado a la obligación de garantizar (V.3.1.) considerando los parámetros correspondientes, se estiman necesarias las acciones de capacitación siguientes:





- Emisión de circulares para instruir al personal de la salud sobre la observancia de la NOM-007-SSA2-2016, la NOM-004-SSA3-2012, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México y demás normativa aplicable, enfatizando que toda consejería en planificación familiar debe ser libre, informada, voluntaria y sin condicionamiento alguno respecto de la atención obstétrica. Asimismo, la distribución de dichos documentos.
- Capacitación dirigida al personal médico, paramédico, de enfermería, administrativo y directivo de las unidades médicas sobre atención obstétrica digna, oportuna, segura, libre de negligencia y violencia obstétrica, consentimiento informado, autonomía reproductiva y prohibición de condicionar la atención médica al uso de métodos de planificación familiar.

Para efectos de cumplimiento, la autoridad recomendada presentará a esta Comisión un programa de cursos de capacitación dirigido al personal adscrito a las unidades médicas que aún dependen del ISEM en el cual señale: el nombre del curso; el alcance de este, el número de personas servidoras públicas a las que estará dirigido; el objetivo que se pretende alcanzar; la duración en horas; el temario concreto; los objetivos específicos; así como los documentos que respalden su instrumentación.

Adicionalmente, como medida de coordinación interinstitucional, el ISEM remitirá copia certificada de esta Recomendación a la autoridad competente del IMSS-Bienestar para conocimiento, y, en su caso, para la adopción de medidas preventivas en el [REDACTED].





VIII.1.3. Medidas de satisfacción

VIII.1.3.A. Disculpa institucional

El artículo 73 fracción IV de la Ley General de Víctimas, en relación 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 debe reconocerse como una medida simbólica de reparación moral, ya que se encuentra orientada a dar satisfacción y dignificar a las víctimas,¹⁰⁹ asimismo, implica un reconocimiento responsable ante la irreparabilidad de los hechos, y a su vez supone obligaciones públicas en la prevención de las violaciones a derechos humanos.

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 una persona servidora pública de nivel dirección, 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.”

¹⁰⁹ Cfr. Martín Beristain, Carlos. *Diálogos sobre la reparación, qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2009, pp. 226 y 227. Asimismo, La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de reparaciones y los criterios del proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos, pp. 111-116. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>



VIII.1.3.B Responsabilidades

VIII.1.3.B 1. Administrativas

En el caso, se han advertido una serie de actos y omisiones derivados de la mala práctica médica que han quedado razonados en el punto **V.5.3. Obligación de respetar** de la presente Recomendación. Por ello y como deber ante el incumplimiento de la obligación general de mérito, se deben investigar las conductas detectadas, tal y como impone la Constitución Federal en el artículo primero párrafo tercero. Sobre el particular, la autoridad responsable dará vista de la presente resolución al Órgano Interno de Control del ISEM a efecto de que investigue la presunta responsabilidad administrativa que pudiera resultar a los servidores públicos responsables, **SPR1** y **SPR2**.

VIII.1.3.B.2. Penales

Asimismo, esta Comisión llegó a la convicción, con base en el dictamen de la CCAMEM, de conductas que afectaron la integridad personal de **V1**, por lo que es procedente hacer del conocimiento la presente resolución a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México.

En ese entendido, la autoridad responsable, con copia certificada de la presente Recomendación, dará vista al Ministerio Público correspondiente para que tome en consideración las precisiones y argumentos de los que da cuenta el presente documento recomendatorio y proceda en consecuencia, derivado de la probable responsabilidad penal en que pudo haber incurrido **SPR1**.

Cabe acotar que aun cuando mediante oficio 208C0101000200S-3387/2025¹¹⁰ el ISEM informó que, a partir del dieciocho de julio de 2024, el [REDACTED] fue transferido a

¹¹⁰ Evidencia 8.



los servicios de salud del IMSS-Bienestar, dicha circunstancia no desvirtúa la calidad del ISEM como autoridad responsable en el presente asunto. Ello es así, porque los hechos materia de análisis ocurrieron el diez de septiembre de 2023, fecha en la que la unidad hospitalaria formaba parte de la estructura orgánica y operativa del ISEM; por tanto, el personal médico y directivo involucrado actuaba bajo su adscripción institucional, sus protocolos, cadena de mando y ámbito de responsabilidad administrativa. En consecuencia, la transferencia posterior del nosocomio no extingue ni traslada la responsabilidad derivada de actos u omisiones consumados con anterioridad, ni releva al ISEM de asumir las consecuencias jurídicas e institucionales correspondientes por las violaciones a derechos humanos acreditadas.

Por todo lo anterior, este Organismo emite las siguientes:

IX. RECOMENDACIONES

En cumplimiento del deber de protección del derecho a la salud, el ISEM deberá atender el apartado **VIII.** de las **acciones transformadoras conforme a los parámetros institucionales**, en los siguientes términos:

PRIMERA. Respecto del apartado **A**, relativo a la **reparación a las víctimas de vulneraciones a derechos humanos**, la autoridad recomendada debe remitir a este Organismo **en un lapso que no exceda de quince días, a partir de la aceptación de la presente Recomendación**, las siguientes documentales:

a) Correspondiente al apartado **VIII.1.1.A.** sobre la **atención psicológica y/o tanatológica**, la autoridad recomendada deberá documentar y enviar a este Organismo lo siguiente:

1. El consentimiento o negativa de **V1**, así como de **VI1**, para recibir la atención que requieran; y,

2. Las documentales propias del inicio de las sesiones de la atención brindada.
- b) Respecto del apartado **VIII.1.1.B.** 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 del núcleo familiar de **V1** 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 CEAVEM deberá cubrir a favor de V1**, con motivo de la violación a los derechos humanos de que fue objeto, por concepto de indemnización compensatoria.

Referente a la **Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas**, este Organismo requiere, como documento probatorio del cumplimiento de la acción, el documento que compruebe que se llevó a cabo la inscripción respectiva en el Registro Estatal de Víctimas de **V1** y **VI1**. De igual manera, el documento que demuestre el cumplimiento del pago de la compensación pecuniaria en favor de la víctima directa.

La autoridad recomendada es responsable de realizar, impulsar y coordinar todas las acciones, trámites y gestiones que resulten necesarias para garantizar el cabal cumplimiento del presente punto recomendatorio, debiendo adoptar las medidas administrativas y de coordinación interinstitucional que sean procedentes, hasta lograr su plena materialización, acreditándolo de manera fehaciente a satisfacción de este Organismo.

SEGUNDA. Respecto del punto **VIII.1.2.A.** de la **capacitación**, la autoridad recomendada deberá cumplir lo siguiente:



En lo que respecta al rubro VIII.1.2.A.1. Capacitación formativa y continua que garantice la protección de la salud y la prestación de servicio libre de violencia obstétrica, por una parte, el conjunto de acuses de recibo de la emisión de las circulares expedidas y de los documentos recibidos por todos y cada uno de los servidores públicos. Asimismo, el programa que se genere, en concordancia con lo estipulado, del cual se deberá precisar: duración, temas abordados, personas a las que se dirigirá el programa planteado.

Finalmente, se deberán agregar las evidencias pertinentes que corroboren la realización de dicha capacitación y los mecanismos que lo posibiliten, considerándose la siguiente información:

- El nombre de los cursos;
- La duración;
- La temática;
- Cantidad de servidores públicos;
- El registro de asistencia; y,
- Evaluación correspondiente que acredite que el personal cuenta con los conocimientos básicos en la materia.

Por otra parte, como medida de coordinación interinstitucional, el ISEM remitirá copia certificada de esta Recomendación a la autoridad competente del IMSS-Bienestar para conocimiento, y, en su caso, para la adopción de medidas preventivas en el [REDACTED].

Lo anterior en un lapso que no exceda los quince días contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación.



TERCERA. Por cuanto hace al apartado **VIII.1.3.** de las **medidas de satisfacción**, y con el fin de que este Organismo considere cumplidas las medidas especificadas en dicho apartado, la autoridad recomendada deberá atender los siguientes parámetros:

- a) Respecto del apartado **VIII.1.3.A.** de la **disculpa institucional**, se informe a esta Defensoría de Habitantes, **en un plazo no mayor a quince días**, la fecha, hora, lugar y personas que asistirán al evento, con la finalidad de contar con el antecedente y la agenda de dicho acto. Asimismo, para tener por cumplido el punto recomendatorio, la autoridad, una vez celebrada la realización del acto de disculpa, en un lapso no mayor a cinco días, deberá enviar las documentales que comprueben esa acción.
- b) Por cuanto hace al inciso **VIII.1.3.B.1.** de las **Responsabilidades**:

b.1.) Respecto del punto **VIII.1.3.B.1.** de la responsabilidad **administrativa**, la autoridad responsable remitirá copia certificada de la presente resolución a su Órgano Interno de Control para que tome en cuenta los elementos de la investigación efectuada por este Organismo, dentro del expediente

[REDACTED]

b.2.) Tocante al punto **VIII.1.3.B.2.** de la responsabilidad **penal**, el ISEM hará del conocimiento a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México el contenido de la presente Recomendación, en copia certificada, a efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones determine lo que resulte procedente respecto de las acciones y omisiones de **SPR1**.

Asimismo, una vez aceptada la presente resolución, por parte de la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, con fundamento en el artículo 16 Bis del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, esta Comisión estará en aptitud de comprobar el correcto cumplimiento de la Recomendación, con el propósito de evidenciar que las acciones transformadoras



planteadas en ella han logrado su objetivo y son realizadas de manera integral por la autoridad recomendada.

Las Recomendaciones emitidas por este Organismo, acorde 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 las personas servidoras públicas 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,¹¹¹ me permito solicitar respetuosamente que su respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, **que no es delegable**, se informe a este Organismo **dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación**.

La **publicidad** de esta resolución, en términos de Ley, **constituye una medida de satisfacción** a favor de las víctimas, la cual se publicará en **versión pública** en la página institucional de esta Comisión, conforme al artículo 100 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

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

¹¹¹ **Artículo 105.-** Una vez recibida la Recomendación la autoridad o el servidor público responsable, deberá informar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha Recomendación y en quince días hábiles adicionales entregar, en su caso, las pruebas que demuestren su cumplimiento. La rendición del informe sobre la aceptación o no de la Recomendación, **no podrá ser delegada**. Última reforma publicada en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" del Estado Libre y Soberano de México el 15 de junio de 2016, entrando en vigor el 27 de julio de 2016.



Es pertinente expresar a usted que en términos de lo dispuesto por el numeral 109 de la citada Ley, **cuando una Recomendación no sea aceptada o cumplida, por las autoridades o personas servidoras públicas, éstos deben fundar, motivar y hacer pública su negativa**; además, 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

(rúbrica)

VÍCTOR LEOPOLDO DELGADO PÉREZ
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE MÉXICO

LMIC/MASL

Esta hoja corresponde a la parte final de la **Recomendación 7/2026**, emitida el 12 de agosto de 2026 por el Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. **Conste.**





Gaceta de Derechos Humanos, órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editada por la Unidad Jurídica y Consultiva, Año 2026, número 58, 27 de agosto de 2026.

Víctor Leopoldo Delgado Pérez
Presidente

Juan Antonio Laredo Sánchez
Director General de la Unidad Jurídica y Consultiva

Luz María Islas Colín
Primera Visitadora General

Carmen Angélica Casado García
Subdirectora de Interlocución
Gubernamental y Legislativa

Raúl Zepeda Sánchez
Subdirector de Asuntos Jurídicos

© D.R. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Dr. Nicolás San Juan número 113, colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca México, C. P. 50010, teléfono (01722) 2 36 05 60. Disponible en: www.codhem.org.mx
Reserva de derechos al uso exclusivo núm. 04-2009-052611285100-109. Número de Registro del Logotipo: 03-2009-050711425000-01.

La información que se publica es íntegra de acuerdo a como es emitida por las áreas solicitantes. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.