

ÓRGANO INFORMATIVO DE LA
COMISIÓN DE DERECHOS DEL ESTADO DE MÉXICO

SUMARIO

RECOMENDACIÓN 9-2026 EMITIDA AL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO



RECOMENDACIÓN 9/2026

EXPEDIENTE
CODHEM/TOL/560/2024

DERECHO VULNERADO:
DERECHO A LA PROTECCIÓN DE
LA SALUD

DERECHO RELACIONADO:
DERECHO A UNA ATENCIÓN
MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

Toluca de Lerdo, Estado de México a 11 de septiembre de dos mil veintiséis.

Mtro. en G.C. en E. de S. LENIN ORTIZ ORTEGA

ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA

DIRECCIÓN GENERAL DEL

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO

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,

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



28 fracción XIV, 99 fracción III, 100, 103 y 104 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado México, ² 2, 99 y 100 de su Reglamento

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.

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.





Interno,³ procedió a examinar los hechos y las evidencias del expediente **CODHEM/TOL/560/2024**, del índice de la Visitaduría General sede Toluca.

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

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 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:

[...]





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 I, 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, a través de 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
V1	Víctima 1
V2	Víctima 2
V3	Víctima 3
SPR1	Servidor Público Responsable 1
SPR2	Servidor Público Responsable 2

III. Coadyuvar con las y los Visitadores en la elaboración de proyectos de Recomendación correspondientes a la Primera Visitaduría General;

[...]

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

⁶ 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;



MR1	Médico Residente 1
MR2	Médico Residente 2
SP1	Servidor Público Relacionado 1
SP2	Servidor Público Relacionado 2
SP3	Servidor Público Relacionado 3
SP4	Servidor Público Relacionado 4
SP5	Servidor Público Relacionado 5

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:

Clave	Significado
IMIEM	Instituto Materno Infantil del Estado de México
HGyO	Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México
LGS	Ley General de Salud



CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CPELySM	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México
LVEM	Ley de Víctimas del Estado de México
LCODHEM	Ley de la Comisión de Derechos del Estado de México
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
DDHH	Derechos Humanos

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

I. GLOSARIO

Asfixia neonatal: complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales.⁷

Bradicardia fetal: La bradicardia es un valor basal (promedio o de referencia del feto) anómalo de la FCF (frecuencia cardíaca fetal) inferior

⁷ UC CHRISTUS. (s. f.). Asfixia neonatal. En ABC de la salud. <https://www.ucchristus.cl/blog-salud-uc/abc-de-la-salud/a/abc/asfixia-neonatal>



a 110 lpm durante 10 minutos, lo que requiere valoración médica oportuna.⁸

Cesárea/parto vía abdominal: intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.⁹

Conducción del trabajo de parto: intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de uterotónico, con el propósito de completar el trabajo de parto.¹⁰

Desproporción cefalopélvica: complicación obstétrica caracterizada por la incompatibilidad entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que dificulta o imposibilita un parto vaginal seguro.¹¹

Eutrófico: estado de nutrición normal de un organismo.¹²

Flacidez neonatal: blando, flojo, relajado, hipotónico o sin consistencia.¹³

Gasometría arterial: análisis gasométrico que permite conocer la cantidad de oxígeno y de anhídrido carbónico, así como el equilibrio ácido-básico, en la sangre arterial. Consiste en la punción en una arteria periférica, generalmente la arteria radial, para extraer sangre y analizar la

⁸ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2014). Cesárea segura: Lineamiento técnico. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf

⁹ Secretaría de Salud. (2016). 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. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5432289>

¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo: Guía de práctica clínica. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

¹¹ Clínica Universidad de Navarra. (2023). Desproporción cefalopélvica. Diccionario Médico CUN. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/desproporcion-cefalopelvica>

¹² Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Eutrófico. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

¹³ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Flacidez neonatal. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>





presión parcial de oxígeno y de anhídrido carbónico. Es una prueba dolorosa pero imprescindible para el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria.¹⁴

Hipoxia: Disminución de la concentración de oxígeno en los tejidos, con el daño celular consiguiente por el descenso de la respiración aeróbica.¹⁵

Histerorrafia: Sutura quirúrgica de la pared uterina.¹⁶

Inducción del trabajo de parto: es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, lo que lleva a modificaciones cervicales.¹⁷

Maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP): es la técnica de reanimación o soporte vital que se emplea cuando una persona no tiene pulso y no respira, condición que puede ocurrir por una descarga eléctrica, ahogamiento, enfermedad súbita u otra condición.¹⁸

Parto: al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.¹⁹

Partograma: herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas

¹⁴ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Gasometría arterial. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

¹⁵ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Hipoxia. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

¹⁶ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Histerorrafia. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

¹⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo: Guía de práctica clínica. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

¹⁸ Gobierno de México. (s. f.). Reanimación cardiopulmonar.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/732475/ReanimacionCardiopulmonar_compressed.pdf

¹⁹ Secretaría de Salud. (2016). 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. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5432289>





las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.²⁰

Pelvis: parte inferior del tronco, entre el abdomen y los miembros inferiores, constituida por el anillo óseo del sacro, el cóccix y ambos ilíacos; el plano del estrecho superior la divide en pelvis mayor y pelvis menor.²¹

Perinatal: Que ocurre desde poco antes hasta poco después del nacimiento o relacionado con dicho período.²²

Período expulsivo: periodo comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.²³

Período intergenésico: aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM) del siguiente embarazo). El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).²⁴

Presentación: Parte del feto que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. Existen tres tipos: cefálica, podálica (de nalgas) y acromioilíaca (de hombro).²⁵

²⁰ Secretaría de Salud. (2016). 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. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5432289>

²¹ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Pelvis. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

²² Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Perinatal. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

²³ Organización Panamericana de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591501/table/ch1.tab1/>

²⁴ Zavala-García, A., Ortiz-Reyes, H., Salomon-Kuri, J., Padilla-Amigo, C., & Preciado Ruiz, R. (2018). Período intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 83(1), 52–61. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000100052>

²⁵ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Pelvis. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>





Puerperio quirúrgico mediano: al período que abarca del segundo al séptimo día después del parto.²⁶

Resultado perinatal adverso: Se refiere a las complicaciones maternas y neonatales que se relacionan con el período de nacimiento. Éstas incluyen Hemorragia obstétrica, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, presentación distinta a la cefálica, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, histerectomía, lesiones vasculares y a órganos pélvicos y muerte, en el caso de la madre, y en el feto incluyen trauma obstétrico, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, datos de encefalopatía hipóxico-isquémica, óbito y muerte neonatal.²⁷

Ruptura uterina: pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.²⁸

Sífilis: enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*, de distribución mundial y que se transmite por contacto sexual y por vía transplacentaria (sífilis congénita).²⁹

Sufrimiento fetal: conjunto de manifestaciones fisiopatológicas fetales en respuesta a la hipoxia o a la presencia de agresiones para el bienestar fetal que, si no se corrigen o eluden, acaban produciendo asfixia, daño permanente en órganos vitales o la muerte.³⁰

²⁶ Secretaría de Salud. (2016). 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. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5432289>

²⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Parto después de una cesárea: Guía de práctica clínica. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclnicas/605GRR.pdf>

²⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Parto después de una cesárea: Guía de práctica clínica. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclnicas/605GRR.pdf>

²⁹ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Sífilis. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

³⁰ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Sufrimiento fetal. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>





Tococardiógrafo o cardiotocógrafo: aparato que registra la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas durante el embarazo, al comienzo del parto o durante este. Consta de sendos transductores, internos o externos, de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas. Los externos se fijan a la pared abdominal mediante cintas, y los internos se introducen a través del orificio uterino, dejándose un catéter de presión en la cavidad uterina y un electrodo en el cuero cabelludo fetal.³¹

Valoración de Apgar: valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.³²

II. CONTEXTO

a) OBJETIVO

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS).³³

No obstante los avances alcanzados en materia sanitaria, las condiciones de salud y el acceso efectivo a los servicios médicos aún no se encuentran plenamente garantizados para toda la población mexicana. Si bien las tasas de mortalidad general han disminuido, la esperanza de vida se ha incrementado y diversas enfermedades han sido erradicadas o mantenidas bajo control, persisten

³¹ Real academia Nacional de Medicina de España. (2012). Cardiotocógrafo. En Diccionario de términos médicos. <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>

³² Secretaría de Salud. (2016). 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. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5432289>

³³ López, O. (2015). Derecho a la salud en México. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>.



importantes sectores de la población sin acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud.³⁴

Desde hace varias décadas comenzaron a difundirse estudios que evidenciaron que la falta de libertades básicas y de respeto a los derechos humanos produce afectaciones directas en la salud de las personas, particularmente como consecuencia de contextos de desigualdad e injusticia social. En ese sentido, la protección de la salud dejó de concebirse únicamente como una cuestión asistencial para convertirse en una preocupación vinculada directamente con la dignidad humana y el desarrollo democrático de las sociedades.³⁵

Actualmente existe consenso respecto a que la salud guarda una relación intrínseca con la dignidad humana, por lo que, su garantía constituye una obligación ineludible del Estado.³⁶

Si bien no es posible asegurar que las personas permanecerán sanas durante toda su vida, los Estados tienen el deber de adoptar medidas dirigidas a prevenir enfermedades evitables, reducir riesgos y evitar muertes prematuras. En ese esfuerzo, el derecho y las instituciones han desempeñado un papel fundamental al establecer mecanismos orientados a regular, humanizar y mejorar la prestación de los servicios de salud.³⁷

En consecuencia, el Estado mexicano no sólo debe garantizar el acceso de la población a los servicios médicos, sino también asegurar que éstos sean

³⁴ Ídem.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Ibidem.





prestados bajo estándares de calidad, efectividad, seguridad, suficiencia y oportunidad.

La calidad en la atención médica constituye un elemento esencial para el bienestar y la protección de la salud de la población, por lo que la prestación de los servicios debe observar estándares técnicos adecuados y responder a las necesidades y expectativas legítimas de las personas usuarias.

En ese sentido, resulta indispensable contar con recursos suficientes, acceso oportuno a los servicios, procesos técnicamente adecuados y una interacción continua entre el personal de salud y las personas usuarias, con la finalidad de garantizar una adecuada toma de decisiones respecto de su atención médica.³⁸

Las deficiencias en la calidad de los servicios públicos de salud, así como la insuficiencia en la respuesta institucional frente a la demanda médica, han provocado una disminución en la confianza de la población usuaria.³⁹ Tan es así que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ha revelado una tendencia preocupante: menos del cincuenta por ciento de la población opta por acudir a servicios públicos de salud cuando enfrenta una necesidad médica.⁴⁰

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer permanentemente la **calidad**, **accesibilidad** y **oportunidad** de los servicios de salud prestados por el Estado, particularmente aquellos dirigidos a la atención materna y neonatal. En el Estado de México, dicha responsabilidad recae, entre otras instituciones, en el IMIEM,

³⁸ Flores, S. (2024). Calidad de la atención en los servicios de salud. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/analiticos/15825-Texto%20del%20art%C3%ADculo-82534-1-10-20240822.pdf>

³⁹ Ídem

⁴⁰ Bautista S.A. (2024). Utilización de Servicios Públicos de Salud en México: uno de los retos críticos del Sistema de Salud, disponible en: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/utilizacion-de-servicios-publicos-de-salud-en-mexico-uno-de-los-retos-criticos-del-sistema-de-salud>, consultado el 22 de junio de 2026.





organismo público descentralizado al que se encuentra adscrito el HGyO, unidad médica especializada que brinda atención de tercer nivel a mujeres y recién nacidos, en materia ginecológica, obstétrica y neonatal.

Con el propósito de atender el incremento en la demanda de servicios médicos y fortalecer su capacidad de respuesta, en 1997 se realizó la reestructuración y ampliación de dicho nosocomio, dotándolo de una infraestructura integrada por noventa camas de hospitalización para pacientes adultas y cuarenta y cinco camas neonatales, tres salas de expulsión, tres quirófanos y una unidad de terapia intensiva para pacientes adultas con capacidad para cinco camas.⁴¹

b) SUBJETIVO

Al momento de los hechos, **V1** y **V3** conformaban un núcleo familiar integrado por ambos y su hijo de [REDACTED] años. La noticia del segundo embarazo representó para la familia la expectativa de incorporar una nueva integrante a su proyecto de vida familiar, expectativa que se vio reforzada por la información recibida durante el control prenatal, en el que se les comunicó que el embarazo evolucionaba satisfactoriamente y sin complicaciones aparentes.

En ese contexto, la atención médica recibida durante el trabajo de parto no sólo tuvo repercusiones en la salud de **V1** y de **V2**, sino también en la esfera emocional y familiar de quienes esperaban el nacimiento de la menor en condiciones de seguridad y bienestar.

⁴¹ Instituto Materno Infantil del Estado de México, Antecedentes de Ginecología y Obstetricia, disponible en: <https://imiem.edomex.gob.mx/antecedentes-gineco-obstetricia>, consultado el 22 de junio de 2026.



De acuerdo con las constancias que integran el expediente, **V2** presentó asfixia severa y daño neurológico desde el momento de su nacimiento, situación que obligó a su hospitalización y a la implementación de medidas médicas especializadas para preservar su vida. Esta circunstancia implicó para sus progenitores enfrentar un escenario distinto al esperado, caracterizado por la incertidumbre respecto de su evolución clínica, la preocupación constante por su estado de salud y la modificación de las dinámicas familiares previstas con motivo de su nacimiento.

Durante aproximadamente nueve meses y medio, **V1** y **V3** permanecieron vinculados al proceso de atención médica de **V2**, enfrentando las consecuencias derivadas de las afectaciones neurológicas que presentó desde el periodo perinatal. Dicho período estuvo marcado por la expectativa de su recuperación y por la necesidad de adaptarse a las exigencias emocionales, familiares y económicas asociadas al cuidado de **V2** con una condición médica grave.

Finalmente, el dieciocho de mayo de dos mil veinticuatro ocurrió el fallecimiento de la menor, hecho que trascendió la esfera física de los acontecimientos médicos para impactar profundamente la vida familiar de **V1** y **V3**. La pérdida de una hija constituye una de las experiencias más significativas para cualquier núcleo familiar, pues implica la interrupción de su nacimiento, desarrollo y convivencia futura.

En consecuencia, los hechos materia de la presente no sólo tuvieron incidencia en el derecho a la protección de la salud de **V2**, sino que también generaron afectaciones en la esfera emocional y familiar de sus progenitores **V1** y **V3**,





quienes enfrentaron tanto las consecuencias derivadas de las complicaciones médicas ocurridas durante el nacimiento como su posterior fallecimiento.⁴²

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

V1 cursaba su segundo embarazo, el cual había sido controlado médicamente mediante consultas prenatales. De acuerdo con lo referido por **V1**, durante el seguimiento clínico se le informó que el embarazo evolucionaba de manera satisfactoria; asimismo, la médica tratante emitió una hoja de referencia en la que recomendó que la resolución del embarazo se realizara vía cesárea, considerando el antecedente de cesárea previa.

Durante la última semana de julio de dos mil veintitrés, **V1** acudió en diversas ocasiones al HGyO, debido a las molestias y dolores que presentaba. En dichas atenciones, a decir de **V1**, personal médico determinó que aún no existían condiciones suficientes para el ingreso hospitalario, por lo que fue enviada nuevamente a su domicilio.

El treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, **V1** acudió nuevamente al área de urgencias del citado nosocomio, donde se determinó su ingreso hospitalario al advertirse que ya presentaba dilatación y trabajo de parto. Durante la valoración médica inicial se documentó antecedente de cesárea previa y datos clínicos compatibles con desproporción cefalopélvica; no obstante, posteriormente **MR2** decidió conducir el trabajo de parto por vía vaginal.

⁴² Visible a fojas 3, 4, 46, 142, 143 y reverso de la foja 219 del expediente de queja CODHEM /TOL/560/2026.



Horas después, durante su estancia en el área de tococirugía, **V1** refirió incremento en la intensidad del dolor y, posteriormente, ausencia repentina de éste. Ante dicha situación, personal médico realizó valoración fetal mediante tacto vaginal y monitoreo cardíaco, sin lograr detectar frecuencia cardíaca fetal, motivo por el cual se ordenó su traslado urgente a quirófano para la práctica del parto vía abdominal también denominado cesárea.

Después del nacimiento, **V2** requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar debido a que presentó asfixia severa y daño neurológico asociado a falta de oxigenación durante el proceso perinatal. **V2** permaneció hospitalizada aproximadamente nueve meses y medio, hasta su fallecimiento ocurrido el dieciocho de mayo de dos mil veinticuatro.⁴³

Con motivo de lo anterior, este Organismo inició el expediente de queja CODHEM/TOL/560/2024, con el objeto de investigar y documentar posibles violaciones a derechos humanos. En el marco de la sustanciación de aquél, se solicitó información al IMIEM, se realizaron diversas diligencias, se recabaron informes del personal médico involucrado, así como copia del expediente clínico de **V1**, relacionado con la atención médica que le fue brindada, entre otras constancias.

Las documentales referidas fueron debidamente integradas al expediente, cuya valoración lógico-jurídica será materia del análisis correspondiente en el apartado de análisis de la presente Recomendación.

⁴³ Consultable a fojas 3, 4, 141-143 ibidem.



IV. EVIDENCIAS

IV.I Escrito de queja presentado el dos de septiembre de dos mil veinticuatro por **V3**, mediante el cual hizo del conocimiento de este Organismo hechos relacionados con la atención médica brindada a **V1** en el HGyO, así como las complicaciones presentadas durante el trabajo de parto y el posterior fallecimiento de **V2**.⁴⁴

IV.II. Oficio 208C0301000100S/0670/2024 suscrito por la jefa de la Unidad Jurídica, Consultiva y de Igualdad de Género del IMIEM⁴⁵, recibido el dieciocho de septiembre de dos mil veinticuatro, mediante el cual presentó informe de ley y remitió diversa documentación relacionada con los hechos investigados, en lo que destaca:

a) Personal médico y de enfermería que intervino en la atención médica a **V1**:

Nombre del personal médico	Fecha de atención	Servicio
SPR1	31 de julio de 2023	[REDACTED]
SPR2	31 de julio de 2023	[REDACTED]
SP1	01 de agosto de 2023	Urgencias
SP2	02 de agosto de 2023	Hospitalización Puerperio Quirúrgico

⁴⁴ Visible a fojas 3 a 5 ídem.

⁴⁵ Ver fojas 14 y 15 íbidem.





- b) Informó que **SPR2** causó baja el quince de noviembre de dos mil veintitrés.

IV.III. Oficio 208C0301020200L/2037/2024, suscrito por el Director del HGyO del IMIEM, mediante el cual dio respuesta al requerimiento formulado por este Organismo respecto a precisar el motivo y fundamento de la determinación médica adoptada durante la atención de **V1**, particularmente sobre la decisión de conducir el parto vía vaginal pese a existir referencia previa para cesárea.

Al respecto, la autoridad señaló que *“la decisión fue tomada en ese momento por los médicos tratantes”*.

Asimismo, informó que **V1** egresó del nosocomio el dos de agosto de dos mil veintitrés y que con posterioridad no se registraron nuevas atenciones médicas en dicha unidad hospitalaria.⁴⁶

IV.IV. Informe suscrito por **SPR1**, quien refirió que el treinta y uno de julio de dos mil veintitrés realizó valoración gineco-obstétrica a **V1** y determinó su ingreso a la [REDACTED] para interrupción del embarazo por vía abdominal, considerando que “la pelvis materna no era ginecológicamente adecuada para el producto actual” y el antecedente de cesárea previa.⁴⁷ Por lo cual, manifestó, indicó a **MR1** que la internara al servicio de [REDACTED].

⁴⁶ Visible a fojas 15, 17 y 20 ídem.

⁴⁷ Visible a foja 21 ídem.





IV.V. Informe suscrito por el **SP1**, quién señaló que el treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, inició labores a las 20:30 horas en el servicio de urgencias del HGyO; sin embargo, manifestó que **V1** ya había sido atendida previamente, motivo por el cual afirmó no haber tenido contacto directo con ella.

Asimismo, negó haber elaborado o avalado notas médicas relacionadas con la atención brindada a **V1**.⁴⁸

IV.VI. Informe suscrito por **SP2**, quien refirió que su intervención médica consistió en recibir a **V1** posterior a la cesárea para continuar con su recuperación y monitorización.

Asimismo, señaló que el dos de agosto de dos mil veintitrés valoró el egreso hospitalario de **V1**, precisando como diagnóstico:

[...] puerperio quirúrgico mediano secundario a riesgo de pérdida del bienestar fetal por bradicardia fetal y **ruptura uterina** [...].⁴⁹

IV.VII. Informe suscrito por **SP3** relacionado con la atención brindada durante la intervención quirúrgica de urgencia practicada a **V1**. De manera sustancial señaló que:

- **V1** ingresó al **área de expulsión para atención de trabajo de parto**;
- Posteriormente, fue trasladada de emergencia a quirófano por bradicardia fetal;
- **V2** nació sin esfuerzo respiratorio y flácida;

⁴⁸ Consultable a fojas 23 y 24 ídem.

⁴⁹ Visible a fojas 26 y 27 ídem.





- Y fue necesario realizar maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar.

Asimismo, indicó que **V2** quedó a cargo del área de neonatología para apoyo ventilatorio especializado.⁵⁰

IV.VIII. Expediente clínico de **V1**, del cual destaca lo siguiente:

- a) Nota médica de ingreso de las dieciséis con cuarenta y cinco minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés en la que se estableció antecedente de cesárea previa y diagnóstico clínico de desproporción cefalopélvica, firmada por **SPR1** y **MR1**.⁵¹
- b) Nota de ingreso obstétrica de las dieciocho horas con diecisiete minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, firmada por **SPR1** y **MR1**, en la que se establece el ingreso a la [REDACTED] para valorar vía de resolución.⁵²
- c) Nota de evolución de las dieciocho horas con diecisiete minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, firmada por **SPR1** y **MR1**, donde se establece trabajo de parto en fase latente.⁵³
- d) Nota de ingreso a unidad de tococirugía de las dieciocho horas con veintiocho minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, firmada por **SP1** y **MR1**.⁵⁴

⁵⁰ Visible a fojas 29 y 184 ibidem.

⁵¹ Consultable a foja 43 ibidem.

⁵² Visible a foja 61 y 62 ibidem.

⁵³ Consultable a foja 61 ibidem.

⁵⁴ Factible de corroborar a foja 45 ídem.





- e) Historia clínica gineco-obstétrica de las diecisiete horas con cincuenta y nueve minutos del primero de agosto de dos mil veintitrés, en la que **MR2** describió que se ingresa a Unidad de Tococirugía y al contar con condiciones cervicales adecuadas se indicia conducción de trabajo de parto.⁵⁵
- f) Partograma sin fecha ni hora de elaboración.⁵⁶
- g) Notas de evolución del dos de agosto de dos mil veintitrés, correspondientes al estado de salud de **V1** cuando se encontraba en puerperio quirúrgico.⁵⁷
- h) Nota pre operatoria de la cirugía programada para las veintitrés horas con cincuenta y un minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés. Donde se señala a **SPR2** como el médico programado a intervenir y como justificación de la cesárea “bradicardia fetal”. Firmada únicamente por **MR2**.⁵⁸
- i) Nota post operatoria de la cirugía de treinta y uno de julio de dos mil veintitrés. Se aprecia el nombre y firma de **SPR2** y **MR3**.⁵⁹

IV.IX. Oficio 208C03010000000/1279/2024 suscrito por el Director General de IMIEM, mediante el cual rindió informe en vía de ampliación y remitió, entre otra documentación, informe suscrito por **SP5**.

En dicho informe se señaló sustancialmente que la recién nacida presentó asfixia severa, ausencia de esfuerzo respiratorio y frecuencia cardiaca disminuida al

⁵⁵ Consultable a foja 46-49 ídem.

⁵⁶ Disponible a foja 64 ídem.

⁵⁷ Visible a foja 50 y 51 ídem.

⁵⁸ Consultable a foja 60 ídem.

⁵⁹ Visible a foja 318 y 319 ídem.





nacimiento, motivo por el cual se realizaron maniobras de reanimación neonatal avanzada.

Asimismo, se estableció el siguiente diagnóstico:

[...] recién nacido de término eutrófico. Asfixia severa no recuperada con repercusión gasométrica [...].

También se hizo del conocimiento de los familiares que la recién nacida se encontraba grave y con riesgo de múltiples complicaciones neurológicas y sistémicas.⁶⁰

IV.X Oficio 208C03010000000/116/2026, suscrito por el Director General del IMIEM, mediante el cual remitió diversa información relacionada con el personal médico adscrito a los servicios de urgencias y Unidad Tocoquirúrgica durante los días treinta y uno de julio y uno de agosto de dos mil veintitrés.

Asimismo, informó que la Unidad de Tocoquirúrgica cuenta con tococardiógrafo para el monitoreo de pacientes en trabajo de parto; sin embargo, precisó que en el caso de **V1** no existe evidencia documental en el expediente clínico respecto de la realización de dicho monitoreo.

⁶⁰ Visible a foja 174 ibidem.



Ante el requerimiento formulado por este Organismo para precisar el motivo por el cual no se advierte evidencia de monitoreo fetal, la autoridad respondió a la literalidad: “Todas las pacientes en trabajo de parto deben ser monitoreadas”.⁶¹

IV.XI. Dictamen Técnico-Médico Institucional emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México dentro del expediente de queja CODHEM/TOL/560/2024.⁶²

IV.XII. Oficio 400LJ0100/4256/2025-TOL mediante el cual el Comisionado a la Unidad de Derechos Humanos de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México informó que no fue posible localizar a **SPR2** en el HGO, debido a que ya no laboraba en dicha institución.⁶³

Este Organismo tuvo conocimiento del inicio de la carpeta de investigación iniciada por los hechos motivo de queja.⁶⁴

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

V. ANÁLISIS

V.I. PRINCIPIOS

⁶¹ Consultable a foja 333 a 335 ídem.

⁶² Visible a foja 210 ídem.

⁶³ Visible a foja 224 ídem.

⁶⁴ Visible a fojas 128 a 143 ídem.



En esta sección se parte de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad contemplados en el artículo 1°, párrafo tercero, de la CPEUM, a fin de establecer con relación a las obligaciones de respetar, proteger, garantizar y promover, los derechos humanos vulnerados y, en consecuencia, determinar las acciones transformadoras a seguir.

a) Universalidad

Significa que todas las personas pueden ejercer los mismos derechos sin discriminación alguna. Es decir, todas las personas son titulares de todos los DDHH.

Para la Suprema Corte de Justicia de la Nación, consiste en que los DDHH “son inherentes a todos y conciernen a la comunidad internacional en su totalidad; en esta medida, son inviolables, lo que no quiere decir que sean absolutos, sino que son protegidos porque no puede infringirse la dignidad humana, pues lo razonable es pensar que se adecuan a las circunstancias; por ello, en razón de esta flexibilidad es que son universales, ya que su naturaleza permite que, al amoldarse a las contingencias, siempre estén con la persona.”⁶⁵

A partir de dicho principio, se puede afirmar que **V1** era titular del derecho humano a la protección de la salud por el simple hecho de ser persona, por lo que tenía derecho a acceder a servicios médicos obstétricos de calidad, prestados con la debida diligencia, bajo criterios profesionales adecuados, así como a recibir una atención libre de negligencia que garantizara la protección de su salud y la de **V2** durante el proceso reproductivo.

⁶⁵ PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD, INTERDEPENDENCIA, INDIVISIBILIDAD Y PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS, EN QUÉ CONSISTEN. Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, Tesis I,4º.A.9 K (10ª.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XIX, Tomo 3, abril de 2013, página 2254.



b) Interdependencia

Los DDHH se encuentran interrelacionados, dependen unos de otros, forman parte de un conjunto que resulta beneficiado cuando se hace realidad alguno de ellos y que es afectado en el momento en que se produce alguna violación a determinado derecho.

Esto genera la obligación al Estado de otorgar igual importancia a todos los DDHH y organizar la aplicación integral de los mismos.⁶⁶

En este sentido, el aspecto central de este criterio es que el Estado no está autorizado para proteger y garantizar una determinada categoría de DDHH en contravención de otra, sino que todos los DDHH merecen la misma atención y urgencia.

En el presente asunto, la protección del derecho a la salud de **V1 y V2** dependía necesariamente de que la atención médica proporcionada durante el embarazo, trabajo de parto y parto se otorgara de manera diligente, oportuna y conforme a la *lex artis* médica. Por ello, cualquier actuación u omisión que se apartara de dichos estándares no sólo impactaría la calidad de la atención recibida, sino también el ejercicio efectivo de su derecho a la protección de salud en su vertiente de atención médica libre de negligencia.

c) Indivisibilidad

⁶⁶ Principios de Derechos Humanos. Universidad de Guanajuato. Disponible en la liga electrónica <https://www.ugto.mx/defensoria/principios-de>



Todos los DDHH tienen la misma jerarquía, relevancia y se encuentran unidos entre sí, todos son inseparables del ser humano y representan un conjunto que no puede disgregarse. Para efectos de indivisibilidad, en cada caso concreto es necesario buscar vínculos entre los derechos aunque la relación pueda no ser notoria.⁶⁷

Implica que los derechos humanos no pueden ser fragmentados sea cual fuere su naturaleza. Cada uno de ellos conforma una totalidad, de tal forma que se deben reconocer, proteger y garantizar de forma integral por todas las autoridades.

Desde esa óptica, el derecho a la protección de la salud de **V1** no podía garantizarse de manera parcial o fragmentada, limitándose únicamente a brindarle acceso a un establecimiento hospitalario o a personal médico. Por el contrario, dicho derecho comprendía el acceso a una atención obstétrica integral, continua, oportuna y de calidad, prestada conforme a los conocimientos científicos y técnicos aplicables. En consecuencia, **V1** y **V2** tenían derecho a que todas las actuaciones médicas relacionadas con su embarazo, trabajo de parto y parto se desarrollaran de manera diligente y libre de negligencia, como parte inseparable de la protección integral de su salud.

d) Progresividad

Se refiere al progreso gradual de los DDHH para lograr su pleno cumplimiento. Esto implica tomar medidas a corto, mediano y largo plazo, procediendo lo más expedita y eficazmente posible.

⁶⁷ Vázquez, D. y Serrano, S. (2021). Los Derechos en Acción (Segunda Edición ed.). Flacso, México, p. 82.





Cabe destacar que este principio se relaciona de manera estrecha con la prohibición de retrocesos a los niveles alcanzados.

Por lo que, tratándose del derecho a la protección a la salud, el Estado debe buscar su plena realización mediante el fortalecimiento constante de la calidad y seguridad de los servicios médicos. Lo anterior implica adoptar las medidas necesarias para prevenir actos u omisiones que comprometan la salud de las personas usuarias. En consecuencia, **V1** tenían derecho a recibir una atención obstétrica oportuna, segura y libre de negligencia, sustentada en criterios médicos adecuados y orientada a la protección efectiva de su salud y la de **V2**.

V.II. DERECHOS HUMANOS VULNERADOS

V.II.I. Derecho a la protección de la salud

Es el derecho de todo ser humano a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social, a través de bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.

El derecho a la protección de la salud no debe entenderse como estar sano o no tener afectaciones o enfermedades, sino como un bien vital que entraña un cúmulo de libertades y derechos, entre los cuales figura el control de la salud y el cuerpo, no padecer injerencias o ser sometido a torturas y experimentos médicos no





consensuales, así como un sistema de protección de la salud que otorgue oportunidades iguales para su acceso.⁶⁸

Para un ejercicio pleno de esta prerrogativa, la Organización de las Naciones Unidas destaca elementos esenciales e interrelacionados que el Estado debe garantizar, tales como:

- **Disponibilidad.** El Estado deberá contar con establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos, lo que comprende el alcance físico y económico de toda la colectividad y el derecho a solicitar, recibir y difundir cuestiones relacionadas con la salud.
- **Aceptabilidad.** Los servicios de salud deberán estar basados en la ética médica, y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de la vida para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- **Calidad.** Desde el punto de vista científico y médico se debe contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobado y en buen estado, así como garantizar condiciones sanitarias adecuadas.

Elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la protección de la salud.⁶⁹

V.II.II Derecho a una atención libre de negligencia

⁶⁸ ONU (Organización de las Naciones Unidas), Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁶⁹ Ídem.





Es el derecho de todo ser humano a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.⁷⁰

Un especialista de la salud debe contar con principios y valores universales, pues tiene en sus manos la vida de otra persona. Es el responsable del cuidado, atención y preservación del bienestar de un ser humano, que generalmente acude a él para confiarle su salud.⁷¹

El médico, como servidor público, se halla obligado a cumplir con una atención estándar que implica vertientes legales y médicas. En primer término, todo galeno debe ejercer su profesión mediante un estándar razonable dependiendo del caso. En segundo término, el profesional de la salud debe evitar todo procedimiento que implique un riesgo innecesario para el paciente, más aún cuando debe valorarse el beneficio real de esa acción.⁷²

Acorde a la literatura especializada, la negligencia médica se conceptualiza como una violación a las normas de atención atribuibles a un paciente, siendo necesario probarla a través de elementos directamente relacionados como el deber (el individuo tenía el deber de atención), la violación (hubo una violación de ese deber), el daño (el paciente está actualmente dañado) y la causal (el acto u omisión cometido por el profesional médico que causó el daño), los cuales son indispensables para su configuración.⁷³

⁷⁰ Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Segunda Edición, 2016. Pp. 221.

⁷¹ Reyna M. (2018), Negligencia Médica: Una agonía para obtener justicia. Consultado el 10 de abril de 2025 en:

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4734/13.pdf>

⁷² Cfr. MACDONALD Mhairi, RAMASETHU, Jayashree, Atlas de procedimientos en neonatología. Editorial Médica Panamericana, México, 2005, p.4

⁷³ Cfr. DARNELL, Connie, MICHEL, Christine, Notas Forenses, traducción de Rosaura Leonor Lugo Espinosa, McGraw Hill, México, 2013, p. 86.





Por lo anterior, un profesional de la salud adquiere una responsabilidad que emana de la confianza depositada por el paciente y responde a una atención oportuna según el padecimiento. Cualquier conducta contraria a lo que ética y profesionalmente se espera de un galeno produce una vulneración y daño difícil de reparar.

En consecuencia, si el actuar del médico no es congruente con lo establecido por la normatividad que regula su profesión y, aunado a dicha conducta se advierten insuficiencias en el hospital público donde se desarrolla la actividad y que tenga como resultado la omisión al nivel de calidad asistencial reconocido por la ley, se estará incurriendo en mala praxis médica.⁷⁴

V.III. OBLIGACIONES EN MATERIA DE DDHH INOBSERVADAS POR LA AUTORIDAD

En términos del artículo 100 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, se procede a exponer los motivos y fundamentos por los cuales esta Comisión considera que en el presente asunto las autoridades responsables incumplieron con las obligaciones en materia de DDHH y en consecuencia vulneraron los DDHH de **V1** y **V2**.

Lo anterior, partiendo de que las conductas realizadas por los servidores públicos responsables en agravio de **V1** y **V2**, con base en el análisis lógico jurídico de los hechos planteados en el expediente de queja, de las evidencias aportadas por las

⁷⁴ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009, OMS, p. 139, disponible en https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/icps_full_report_es.pdf, recuperado el diez de abril de dos mil veinticinco.





partes y las recabadas durante la investigación y la normatividad en la materia, como se expone a continuación:

En principio, es oportuno explicar en qué consiste cada una de las obligaciones que el párrafo primero del artículo 1° de la CPEUM establece al Estado en materia de DDHH.

a) Obligación de respetar

Respetar los DDHH significa que las autoridades se abstengan de llevar a cabo las acciones que vulneren derechos y, en paralelo, que no impidan u obstaculicen las circunstancias que hacen posible el goce de los derechos humanos a todas las personas.

Esta obligación es tendente a mantener el goce del derecho, cuyo cumplimiento es inmediatamente exigible, cualquiera que sea la naturaleza de éste.

Es así como, esta obligación del Estado se cumple mediante la abstención del agente estatal de violar los derechos; y se violenta a través de las acciones de los agentes estatales.⁷⁵

b) Obligación de garantizar

⁷⁵ Serrano, Sandra, Los Derechos en Acción: Obligaciones y Principios de Derechos Humanos, FLACSO, México Segunda Edición.



Se trata de una obligación positiva, en la que se espera, de los agentes estatales, acciones: decisiones, políticas públicas, presupuestos, diseños institucionales para realizar el derecho. Esta obligación se viola por omisión, esto es, cuando el Estado no toma las acciones necesarias para asegurar la existencia de un derecho.

Se espera que el Estado cree maquinaria institucional, es decir, tanto un marco jurídico como leyes, reglamentos, circulares, manuales, etc. como una serie de instituciones (organizaciones, procedimientos) necesarias para la materialización del derecho.

Su principal objetivo es concretar el ejercicio de los DDHH por parte de las personas. Trae consigo la exigencia de la conducta positiva del Estado para asegurar la realización del derecho, por lo que es necesario:

- 1) Remover todo aquello que restrinja el ejercicio de los derechos;
- 2) **Proveer de los recursos, bienes o servicios, o facilitar las actividades que aseguren que todos sean sustantivos iguales.**
- 3) Plantear y establecer metas con respecto a los puntos anteriores.

En ese sentido, esta obligación parte de que los derechos no se encuentran en estado de naturaleza, sino que siempre corresponde al Estado el desarrollo de algún tipo de acción para lograr su materialización. **Por lo que, todos los DDHH requieren alguna acción estatal para existir.**⁷⁶

⁷⁶ Ídem.





Explicado lo anterior, es momento de realizar el análisis de los hechos frente a la normatividad en la materia, con base en las evidencias aportadas y recabadas para determinar las obligaciones que incumplió la autoridad responsable, lo que llevó a la vulneración de los DDHH de **V1** y **V2**.

c) Obligación de proteger

Se trata de una obligación positiva, es decir, conlleva una serie de acciones a cargo de los servidores públicos para crear la maquinaria estatal necesaria (el marco jurídico y una serie de instituciones) para asegurar los derechos. La cual se puede analizar en dos momentos: antes y después de la violación a los DDHH.

Antes de la violación a DDHH implica crear la maquinaria estatal necesaria para prevenir este tipo de violaciones antes de que estas se comentan, y para investigar los hechos violatorios, sancionar a los culpables materiales e intelectuales y reparar íntegramente a las víctimas después de que se cometa la violación a los mismos. Con esta obligación se busca prevenir las violaciones a DDHH.

Hablar de la obligación de proteger, después de la violación a un derecho humano, implica para el Estado activar tres acciones que conforman la obligación de protección: investigar los hechos constitutivos de la violación (verdad), sancionar a los autores tanto intelectuales como materiales de la violación (justicia) y reparar a las víctimas de las violaciones a los DDHH.⁷⁷

Todas las autoridades y servidores públicos deben salvaguardar, preservar, los DDHH, incluso frente a particulares.

⁷⁷ Ídem.



V.III.I. De los hechos relacionados con la atención médica brindada a V1 y V2

Una vez precisado el contenido y alcance de los derechos humanos involucrados, así como las obligaciones que correspondía observar a las personas servidoras públicas encargadas de la atención médica de **V1 y V2**, resulta necesario analizar los hechos acreditados en el expediente a la luz de los estándares técnicos, científicos y jurídicos aplicables a la práctica médica.

Para ello, es pertinente referir los elementos que integran el acto médico, los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y las diferencias conceptuales entre el error médico y la mala *praxis* médica, a efecto de contar con los parámetros necesarios para valorar la actuación del personal de salud involucrado y determinar si ésta se ajustó a la *lex artis* médica y a las obligaciones en materia de derechos humanos previamente desarrolladas.

En ese sentido, es dable puntualizar que la protección de la salud es un derecho que tiene que ser velado por las instituciones del ramo y de todo su personal con el objetivo de brindar una atención médica de manera profesional y éticamente responsable, en condiciones de respeto y dignidad.

Por lo anterior, es dable conocer los siguientes conceptos:

a) El acto médico





Este es el objeto de análisis en toda relación médico paciente. A través de él se definen las relaciones entre los pacientes y los profesionales de la salud, así como la relación de ambos con los sistemas nacionales de salud.

La doctrina, en general, concibe al acto médico como el conjunto de acciones realizadas por un profesional de la salud que recibe un usuario o paciente dentro de los servicios de salud, cuyo objetivo es la recuperación del paciente.⁷⁸

Es decir, toda clase de tratamiento médico, intervención quirúrgica o exámenes con fines de diagnóstico o de investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación, llevados a cabo por un médico general o un especialista de alguna rama de la medicina. El cual solo puede ser llevado a cabo por profesionales en materia de medicina, condición que debería garantizar las aptitudes y conocimiento del médico ante el Estado.

Tomando como base la definición anterior, nuestra legislación asimila el término “atención médica” a la expresión doctrinal de “acto médico”, puesto que el artículo 32 de la Ley General de Salud establece que se trata del “conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.

Para lo cual, los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

⁷⁸ Vide. Casa Madrid Mata, Octavio. El acto médico y el derecho sanitario. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.





Además, el diverso artículo 33 establece que la atención médica está comprendida por el siguiente conjunto de actividades:

- i) **Preventivas**, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- ii) **Curativas**, que tienen como fin efectuar **un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno**;
- iii) **De rehabilitación**, que incluyen acciones tendentes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y
- iv) **Paliativas**, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Señalado lo anterior, es importante mencionar que la doctrina ha delimitado algunas características de la atención médica -acto médico- que pueden ser identificadas en nuestro ordenamiento jurídico, consistentes en:

- i) **La profesionalidad:** Este principio consiste esencialmente en que la atención médica sólo podrá ser llevada a cabo por aquellas personas con los conocimientos debidos para ello. Dicho principio puede ser encontrado en el artículo 79 de la Ley General de Salud, cuyo fundamento descansa en el artículo 5° constitucional.
- ii) **La ejecución típica estandarizada:** La ejecución típica estandarizada hace referencia a que los profesionales de la salud deberán prestar la atención médica bajo estándares que sean reconocidos como válidos por la ciencia médica y atendiendo a la *lex artis ad hoc*, es decir, a las



condiciones particulares del paciente y a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se actúe.

- iii) **La licitud:** Para la doctrina, la licitud de la atención médica consiste en que se dé con apego a la *lex artis ad hoc*, a la normativa correspondiente y que se haya recabado el consentimiento del paciente o su representante legal. En ese sentido, encontramos que en nuestro sistema jurídico las distintas disposiciones de la Ley General de Salud, los reglamentos sanitarios, las Normas Oficiales Mexicanas y, las guías y protocolos de práctica clínica expedidas por autoridad competente determinan la licitud de la prestación de la atención médica.
- iv) **La forma consensual:** Por regla general no se requiere que el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud conste de forma escrita. No obstante, según lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, existen ciertos actos médicos que requieren que el consentimiento se recabe de forma escrita como lo son, entre otros: el ingreso hospitalario; los procedimientos médicos quirúrgicos que entrañen un alto riesgo para el paciente; procedimientos que requieran anestesia general; la amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo; la salpingoclasia y vasectomía; trasplantes, y las medidas de carácter experimental.

Asimismo, los órganos jurisdiccionales han emitido criterios que han contribuido al desarrollo del concepto de “acto médico”. La Primera Sala de la Suprema Corte de



Justicia de la Nación al resolver el amparo en revisión 117/2012, sostuvo que el acto médico se encuentra dividido en diversas fases —diagnóstica, terapéutica y recuperatoria— por lo que para determinar la posible existencia de una mala praxis debe analizarse la totalidad del acto de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentran estrechamente vinculadas.⁷⁹

b) Los derechos de los pacientes

De acuerdo con la Ley General de Salud los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho, entre otras cosas, a obtener prestaciones **oportunas y de calidad**, a recibir atención profesional y éticamente responsable. Asimismo, tienen derecho a elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda; recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Además, tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos y a contar con una segunda opinión respecto de su diagnóstico.⁸⁰

En ese sentido, podemos apreciar que algunas de las obligaciones del médico son **diagnosticar, informar y recabar el consentimiento informado al paciente; recopilar e interpretar debidamente los datos sobre sus síntomas** y comparar éstos con otros cuadros patológicos; informar al paciente de todas las contingencias y riesgos que se puedan producir con motivo del tratamiento y, finalmente, **aplicar el tratamiento debido al paciente**.⁸¹

⁷⁹ Acto Médico. Distintas etapas o fases que lo conforman para efectos de determinar la existencia de una posible mala práctica médica.

⁸⁰ Artículos 50, 51, 51 bis1, 51 bis2 y 51 bis3 de la Ley General de Salud.

⁸¹ Montes de Oca, R. "Acto médico y responsabilidad profesional: reflexiones en torno a las Diferencias entre las jurisdicciones mexicana y estadounidense". Consultado el once de abril de dos mil veinticinco en <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/transparencia/documentos/becarios/102rodrigo-montes-de-oca-arboleaya.pdf>.





c) El error médico y la mal praxis médica

El error médico es la conducta clínica equivocada en la práctica médica como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto. En la práctica médica, cuando las decisiones están sujetas a la aplicación del criterio de los médicos, sustentado con base en sus conocimientos, habilidades y experiencia, existe la posibilidad de incurrir en riesgo de errores y de que estos errores se materialicen en daño para el paciente.⁸²

Si existe una omisión de procedimientos de la práctica médica puede provocar un diagnóstico incorrecto y, como consecuencia, un tratamiento inoportuno, con lo cual se está cayendo en el error médico, lo cual va a provocar algún daño para el paciente y responsabilidad profesional para el médico.

En la práctica médica existe la posibilidad de incurrir en errores y que éstos puedan o no dañar al paciente cuando las decisiones están sujetas a la aplicación del criterio de los médicos, sustentado en sus conocimientos, habilidades y experiencia. Los tipos de errores que frecuentemente conducen a la mala praxis médica son los siguientes:

DIAGNÓSTICO

- **Error o retardo en el diagnóstico**
- Falla en el uso de las pruebas indicadas
- Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por el monitoreo o la prueba

⁸² Germán Fajardo-Dolci et al., “Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional”, Revista CONAMED, México, vol. 17, núm. 1, enero-marzo, de 2012, p. 38.



	- Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
TERAPÉUTICOS	- Cuidado inapropiado o no indicado - Error en el método o la dosis de un medicamento - Error en la administración del tratamiento - Error en la realización de una cirugía, un procedimiento o una prueba - Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
PREVENTIVOS	- Falla para proveer un tratamiento profiláctico - Seguimiento del tratamiento inadecuado
OTROS	- Falla en el equipo - Falla en la comunicación - Falla en otros sistemas

El error médico es una de las causas de mala práctica que pueden ocasionar o no daño para el paciente, cuando el daño no se produjo se está frente a un incidente y cuando existió daño para el paciente, con la presentación de un evento adverso y puede considerarse que se ha incurrido en mala práctica, en la que existe responsabilidad profesional.⁸³

La mala práctica médica ocurre por dos circunstancias particulares:

- a) Por omisión: cuando era necesario llevar a cabo el acto médico y se omitió.
- b) Por comisión: cuando se realizó un acto médico diferente al que se requería.

⁸³ G. Fajardo-Dolci et al., op. cit., supra nota 26, p. 39.



La mala praxis médica existirá cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este **daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente**, como consecuencia de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con el apartamiento de la normativa legal aplicable.

Ahora bien, del análisis integral de las constancias que obran en el expediente, se advierte que la atención brindada a **V1** durante su estancia en las unidades de Urgencias y Tocoquirúrgica del HGyO se apartó de los estándares de atención exigibles para una paciente con **antecedente de cesárea previa y sospecha de desproporción cefalopélvica**, por los siguientes motivos que a continuación se enuncian:

a) Atención médica proporcionada en el servicio de urgencias

SPR1 manifestó a esta Comisión que tras participar en la revisión y valoración gineco-obstétrica de **V1** junto con **MR1**, concluyó que la resolución del embarazo **debía realizarse por cesárea**, motivo por el cual indicó su ingreso al [REDACTED].⁸⁴ Lo anterior obedeció a que la pelvis materna no se consideraba ginecológicamente adecuada para el paso del producto de la gestación y a la existencia del antecedente obstétrico relevante de cesárea previa, circunstancias que, a juicio del especialista, justificaban la práctica de una cesárea como vía de resolución del embarazo. Por lo que, afirmó que una vez realizada la nota por **MR1**, corroboró que su contenido fuera acorde a lo indicado y validó con su rúbrica.⁸⁵

⁸⁴ Conjunto de áreas, espacios y locales en los que se efectúan acciones operatorias de tipo obstétrico.

⁸⁵ Evidencia IV.IV





Del análisis de la nota de ingreso obstétrica elaborada con motivo de la atención de **V1**, registrada por **MR1** y validada por **SPR1** a las dieciocho horas con diecisiete minutos del día de los hechos, se advierte que como diagnósticos de ingreso se asentaron la desproporción cefalopélvica a expensas de pelvis materna, el trabajo de parto en fase latente y el antecedente de cesárea previa. Asimismo, se registró que la paciente sería ingresada a la [REDACTED] [REDACTED] **para valorar la vía de resolución del embarazo.**

Sin embargo, en dicho documento **no obra constancia** alguna de que **SPR1** **hubiera indicado expresamente la interrupción del embarazo por vía cesárea** ni **que hubiera formulado una recomendación específica en ese sentido.** Circunstancia que resulta incongruente con lo manifestado posteriormente por el propio servidor público en su informe respecto de haber determinado desde ese momento la práctica de una cesárea.⁸⁶

Asimismo, del análisis de la nota de evolución⁸⁷ registrada a las dieciocho horas con diecisiete minutos del treinta y uno de julio de dos mil veintitrés, por **MR1**, y validada por **SPR1** a las siete horas del uno de agosto siguiente, se advierte que se asentó como diagnóstico: segundo embarazo, cesárea previa, sífilis en tratamiento y trabajo de parto en fase latente, determinándose el ingreso de **V1** a la [REDACTED] para la resolución del embarazo. Sin embargo, a diferencia de la nota de ingreso obstétrica⁸⁸ elaborada a la misma hora, en este registro **no se consignó el diagnóstico de desproporción cefalopélvica previamente identificado y tampoco se asentó la vía de resolución del embarazo recomendada.**

⁸⁶ Evidencia IV.VIII, inciso b).

⁸⁷ Evidencia IV.VIII, inciso c).

⁸⁸ Evidencia IV.VIII, inciso b).





Tal circunstancia evidencia una inconsistencia en el registro clínico, pues no existe explicación médica documentada que justifique la exclusión de dicho diagnóstico por parte del servicio de urgencias, pese a que, de acuerdo con lo manifestado posteriormente por **SPR1** en su informe, constituyó un elemento determinante para considerar la resolución del embarazo por cesárea.

Por otra parte, este Organismo observó la existencia de una diversa nota de ingreso obstétrica registrada por **MR1** a las cero horas con treinta y cuatro minutos del uno de agosto de dos mil veintitrés y validada por **SP1** a las cero horas con cuarenta y siete minutos de la misma fecha. En dicho documento se asentó como motivo de “ingreso” una “paciente de [REDACTED] años de edad”, pese a que **V1** contaba con [REDACTED] años y [REDACTED] meses al momento de los hechos. Asimismo, se registraron como diagnósticos enfermedad hipertensiva por clasificar, sífilis crónica en tratamiento y trabajo de parto en fase activa, determinándose su ingreso a la unidad de tococirugía para la resolución del embarazo.⁸⁹

Las inconsistencias advertidas en los datos de identificación y en los diagnósticos consignados generan incertidumbre respecto de la exactitud y confiabilidad de la información registrada en dicho documento. A ello se suma que **SP1**, mediante informe rendido ante este Organismo, manifestó que **V1** ingresó al servicio de urgencias a las dieciséis horas con veintiocho minutos, mientras que él inició su jornada laboral a las veinte horas con treinta minutos, por lo que afirmó no haber tenido participación en la atención inicial, alta o egreso de la paciente. Incluso, negó haber elaborado alguna nota médica o validado constancia alguna relacionada con la atención brindada a **V1**.

⁸⁹ Evidencia IV.VIII, inciso d).



En consecuencia, resulta particularmente relevante que su nombre y validación aparezcan asentados en la nota de ingreso obstétrica antes referida, circunstancia que evidencia una discrepancia entre el contenido del expediente clínico y las manifestaciones realizadas por el propio servidor público.

b) Atención en médica proporcionada en el servicio de tococirugía

Una vez que **V1** fue ingresada a la Unidad de Tococirugía, correspondía al personal médico responsable realizar una valoración integral de las condiciones materno fetales para definir la vía más segura para la resolución del embarazo, considerando no sólo el estado clínico que presentaba en ese momento, sino también los antecedentes obstétricos y los diagnósticos previamente documentados durante su atención en el servicio de urgencias.

En ese sentido, de la historia clínica gineco-obstétrica registrada el uno de agosto de dos mil veintitrés a las cinco horas con cincuenta y nueve minutos, en la que únicamente aparece el nombre y firma de **MR2**, se advierte que se asentó que **V1** ingresó a la Unidad de Tococirugía y que, **al presentar condiciones cervicales favorables, se indicó la conducción del trabajo de parto, es decir, la interrupción del embarazo vía vaginal.**⁹⁰

Sin embargo, en dicho registro clínico ya no se hizo referencia al diagnóstico de desproporción cefalopélvica previamente identificado y documentado durante la atención brindada en el servicio de urgencias, pese a que éste constituía un elemento clínico relevante para valorar la vía de resolución del embarazo. **Tampoco obra en**

⁹⁰ Evidencia IV.VIII, inciso e).





el expediente clínico explicación médica alguna que justifique por qué dicho diagnóstico dejó de ser considerado durante la valoración realizada en la Unidad de Tococirugía.

Al respecto, el Dictamen Técnico-Médico Institucional concluyó que la decisión de conducir el trabajo de parto se sustentó esencialmente en la existencia de condiciones cervicales favorables y en el registro inicial de bienestar fetal, sin advertirse una valoración integral de los factores obstétricos de riesgo previamente identificados, particularmente el antecedente de cesárea previa y el diagnóstico de desproporción cefalopélvica. **En consecuencia, la conducta clínica adoptada en el área de tococirugía prescindió de un diagnóstico previamente documentado en el expediente clínico, sin que existiera justificación médica que explicara su exclusión del análisis obstétrico.**

Aunado a ello, **no obra evidencia documental que permita advertir que dicha decisión hubiera sido valorada, supervisada o avalada por un médico adscrito responsable del servicio de tococirugía**, pese a que la normativa aplicable a las residencias médicas establece que los médicos residentes deben desarrollar sus actividades bajo la asesoría y supervisión permanente del personal médico adscrito⁹¹. Esta circunstancia adquiere especial relevancia al considerar que la determinación adoptada implicaba valorar integralmente diversos factores obstétricos de riesgo y definir la vía más segura para la resolución del embarazo.

Posteriormente, se cambió la vía de resolución a cesárea bajo el argumento que previo al ingreso a la sala de expulsión - para la resolución del embarazo vía vaginal- la frecuencia cardíaca fetal se encontraba dentro de parámetros normales; sin

⁹¹ Artículo Numeral 10.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.





embargo, durante la evolución del trabajo de parto se detectó bradicardia fetal, circunstancia que motivó cambiar el tipo de resolución del embarazo a cesárea de urgencia.

Lo anterior se advierte de la nota preoperatoria registrada a las cero horas con diez minutos del uno de agosto de dos mil veintitrés, en la que únicamente aparece el nombre y firma de **MR2**, sin que se observe que haya sido avalada por **SPR2**.⁹²

En el mismo sentido, de la nota postoperatoria elaborada por **MR3** y validada por **SPR2** se advierte que se mantuvieron como diagnósticos postoperatorios el trabajo de parto en período expulsivo, la bradicardia fetal, la probable infección por sífilis y el antecedente de cesárea previa. Es decir, se había presentado una disminución anormal de la frecuencia cardíaca del feto, considerada como pérdida de su bienestar. Posteriormente, de las notas de evolución del dos de agosto de dos mil veintitrés se desprende que **V1** cursó con puerperio quirúrgico mediato secundario a pérdida del bienestar fetal por bradicardia fetal y **ruptura uterina**, indicándose su egreso hospitalario para continuar con su recuperación.⁹³

Ahora bien, el Dictamen Técnico-Médico Institucional también evidenció deficiencias en la vigilancia materno-fetal durante la evolución del trabajo de parto. Si bien inicialmente se documentó bienestar fetal⁹⁴, no obra evidencia de que se hubiera implementado una monitorización continua mediante cardiotocografía, pese a que las condiciones clínicas de **V1**, particularmente el antecedente de **cesárea previa**, exigían una vigilancia reforzada **para detectar oportunamente signos de sufrimiento fetal o complicaciones obstétricas, entre ellas la ruptura uterina.**

⁹² Evidencia IV.VIII, inciso h).

⁹³ Evidencia IV.VIII, incisos i) y g).

⁹⁴ Evidencia IV.VIII, inciso f) y evidencia IV.XI.





La importancia de dicha vigilancia radicaba precisamente en que **el antecedente de cesárea previa incrementaba el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto**, por lo que resultaba necesario mantener una vigilancia estrecha y continua de la frecuencia cardíaca fetal, como indicador del bienestar del producto de la gestación. Al respecto, el Dictamen Técnico-Médico Institucional señaló que no se documentó de manera adecuada el descenso del producto hacia el canal del parto sino hasta una etapa avanzada de la evolución obstétrica. Fue durante el periodo expulsivo cuando se registró bradicardia fetal, es decir, una disminución anormal de la frecuencia cardíaca del feto, asociada a la falta de descenso del producto, circunstancia que constituía un dato de alarma que hacía necesaria la interrupción urgente del embarazo mediante cesárea.

De acuerdo con el Dictamen Técnico-Médico Institucional, la asociación entre la bradicardia fetal, la pérdida del encajamiento de la presentación y el antecedente de cesárea previa constituía un dato altamente sugestivo de ruptura uterina, circunstancia que hacía indispensable la interrupción urgente del embarazo mediante cesárea. Tal sospecha clínica fue corroborada durante el procedimiento quirúrgico, pues, conforme a la nota postoperatoria elaborada por **MR3** y validada por **SPR2**, se documentó una ruptura total de la histerorrafia (sutura quirúrgica del útero), así como un desprendimiento placentario del cincuenta por ciento, hallazgos que resultan consistentes con las conclusiones emitidas en el Dictamen Técnico-Médico Institucional.

Las omisiones en la atención médica descritas tuvieron repercusiones directas en el resultado perinatal. **V2** fue recibida sin esfuerzo respiratorio, flácida y con severo compromiso cardiorrespiratorio, por lo que requirió maniobras avanzadas de reanimación neonatal. Asimismo, presentó datos gasométricos compatibles con asfixia neonatal severa, motivo por el cual fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde permaneció bajo tratamiento especializado debido a





las graves afectaciones neurológicas derivadas de la falta de oxigenación sufrida durante el proceso perinatal.⁹⁵

Aun cuando en el expediente clínico no se advierten constancias clínicas correspondientes a la atención brindada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el Dictamen Técnico-Médico Institucional concluyó que existía una relación causal entre la decisión de mantener a **V1** en *inductoconducción* del trabajo de parto y el resultado perinatal adverso presentado por la recién nacida, quien, de acuerdo con los hechos acreditados en el expediente, desarrolló daño neurológico irreversible y falleció el dieciocho de mayo de dos mil veinticuatro, aproximadamente diez meses después de su nacimiento.

Por otra parte, cobra relevancia lo informado por **SP3**, quien refirió que al inicio de su turno recibió cinco pacientes pendientes de intervención, de las cuales dos se encontraban programadas para cesárea y tres cursaban trabajo de parto con embarazos a término. Asimismo, señaló que únicamente se habilitaron para la atención obstétrica las salas 2 y 3 de quirófano, debido a que la sala 1 permanecía ocupada por pacientes neonatales ante la falta de espacio físico en el área de neonatología.

La servidora pública precisó que, mientras aún se realizaba un procedimiento quirúrgico en la sala 3, **V1** ingresó de manera urgente por presentar bradicardia fetal, por lo que fue necesario interrumpir las actividades que se desarrollaban para atender la emergencia con el apoyo del personal disponible. Tales manifestaciones resultan coincidentes con el informe previamente rendido, en el que señaló que **V1** ingresó a quirófano de emergencia para la interrupción del embarazo por vía cesárea.⁹⁶

⁹⁵ Evidencia VII.

⁹⁶ Evidencia VII.





Estos elementos permiten advertir que, si bien el HGyO cuenta formalmente con tres quirófanos, al momento de los hechos sólo dos se encontraban disponibles para la atención obstétrica, al destinarse uno de ellos al área de neonatología por insuficiencia de espacio físico. Aunado a ello, la existencia de diversas pacientes pendientes de intervención y la necesidad de atender de manera simultánea procedimientos obstétricos de urgencia evidencian una posible presión operativa sobre los recursos materiales y humanos disponibles, circunstancia que resulta relevante para el análisis de las condiciones institucionales en las que se brindó la atención a **V1**.

En ese contexto, las constancias que integran el expediente permiten advertir una sucesión de deficiencias en la atención obstétrica brindada a **V1**. Desde el servicio de urgencias se identificaron factores clínicos relevantes: **el antecedente de cesárea previa y el diagnóstico de desproporción cefalopélvica**; sin embargo, tales elementos no fueron considerados de manera integral al momento de definir la conducta terapéutica en la Unidad de Tococirugía, donde se privilegió la conducción del trabajo de parto con base, esencialmente, en las condiciones cervicales y en un registro inicial de bienestar fetal, **es decir, se consideró que el cuello del útero presentaba características favorables para que el parto avanzara y que, inicialmente, el producto de la gestación mostraba signos de bienestar, sin que se valoraran de manera integral los factores de riesgo previamente identificados.**

A ello se sumó la ausencia de una vigilancia materno-fetal continua y reforzada, pese a los factores de riesgo obstétrico que presentaba **V1**, circunstancia que impidió detectar oportunamente la pérdida del bienestar fetal y la evolución de una





complicación que, conforme al Dictamen Técnico-Médico Institucional, era altamente sugestiva de ruptura uterina.

Como consecuencia de dichas omisiones, la interrupción del embarazo mediante cesárea se realizó únicamente cuando **V1** ya presentaba bradicardia fetal durante el periodo expulsivo. Posteriormente, los hallazgos documentados en la nota postoperatoria, consistentes en ruptura total de la histerorrafia y desprendimiento placentario del cincuenta por ciento, corroboraron la gravedad de la complicación obstétrica. Asimismo, **el Dictamen Técnico-Médico Institucional concluyó que existió una relación causal entre la decisión de mantener la *inductoconducción* del trabajo de parto y el resultado perinatal adverso, el cual derivó en asfixia neonatal severa, daño neurológico irreversible y, finalmente, en el fallecimiento de la recién nacida.**

Por lo que, este Organismo considera que las irregularidades acreditadas no constituyeron hechos aislados ni obedecieron a una sola actuación médica, sino que evidencian una cadena sucesiva de omisiones en la valoración clínica, en la toma de decisiones terapéuticas, en la vigilancia obstétrica y en el registro de la atención proporcionada, las cuales comprometieron la calidad de los servicios de salud brindados a **V1** y a **V2**, incrementando el riesgo de materialización del resultado adverso que finalmente se produjo y menoscabando la posibilidad de brindar una atención obstétrica oportuna, integral, de calidad y conforme a la *lex artis* médica.

Con base en el análisis de las constancias que integran el expediente de queja, este Organismo considera evidenciado que el IMIEM, a través del personal adscrito al HGyO, incumplió las obligaciones que derivan del derecho humano a la protección de la salud, particularmente en su vertiente de acceso a una atención médica libre de negligencia.





En primer término, la autoridad incumplió con su obligación de **respetar** dicho derecho, al apartarse del estándar de calidad que rige la atención médica. Ello quedó evidenciado al dejar de considerar, durante la atención brindada en la Unidad de Tococirugía, un diagnóstico clínico previamente documentado de **desproporción cefalopélvica**, omitir una valoración integral de los factores obstétricos de riesgo y mantener la conducción del trabajo de parto sin que existiera una justificación clínica debidamente documentada para prescindir de dichos elementos en la toma de decisiones.

Asimismo, incumplió con su obligación de **garantizar** el derecho a la protección de la salud, al no asegurar que **V1** recibiera una atención médica continua, integral, técnicamente adecuada y conforme a la *lex artis*. Las inconsistencias advertidas en el expediente clínico, la **ausencia de evidencia sobre una supervisión efectiva de las decisiones adoptadas por el personal médico residente** y las **deficiencias en la vigilancia materno-fetal** evidencian que la prestación del servicio no reunió las condiciones necesarias para salvaguardar de manera efectiva la salud e integridad tanto de **V1** como de **V2**.

Finalmente, la autoridad incumplió con su obligación de **proteger** el derecho a la protección de la salud, al no desplegar todas las acciones necesarias para salvaguardar de manera efectiva la vida, la integridad y la salud de **V1** y **V2** frente a los riesgos propios de una atención obstétrica de alta especialidad. Como quedó acreditado mediante el Dictamen Técnico-Médico Institucional, existió una **relación causal entre las decisiones adoptadas durante la conducción del trabajo de parto y el resultado perinatal adverso** que culminó con asfixia neonatal severa, daño neurológico irreversible y, posteriormente, el fallecimiento de **V2**.



En consecuencia, este Organismo concluye que la autoridad responsable incumplió las obligaciones previstas en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al no respetar, garantizar, y proteger la vulneración del derecho humano a la protección de la salud de **V1 y V2**, en su vertiente de acceso a una atención médica libre de negligencia.

V.IV. Nexo causal entre las conductas atribuidas a los servidores públicos responsables, el incumplimiento normativo y el daño ocasionado

Con base en el análisis de las constancias que integran el expediente de queja, este Organismo considera acreditado que la atención médica brindada a **V1 y V2** se apartó del estándar de calidad que rige la prestación de los servicios de salud. Las irregularidades advertidas permiten atribuir responsabilidades diferenciadas al personal médico que intervino en la atención, así como identificar deficiencias institucionales en los mecanismos de supervisión de médicos residentes.

a) Respetto de SPR1

SPR1 identificó desde la valoración inicial que **V1** presentaba antecedentes obstétricos relevantes, particularmente una cesárea previa y desproporción cefalopélvica, elementos que, conforme a su propio informe, justificaban la resolución del embarazo por vía abdominal. Sin embargo, dicha determinación no quedó plasmada en la nota obstétrica de ingreso, en la que únicamente se asentó que la vía de resolución sería valorada posteriormente. Asimismo, validó registros clínicos que presentan inconsistencias respecto de los diagnósticos y de las decisiones terapéuticas adoptadas.





Aunado a ello, no existe evidencia de que hubiera ejercido una supervisión efectiva sobre la actuación de **MR1**, médico residente bajo su responsabilidad, particularmente respecto de la adecuada integración del expediente clínico y del registro de las decisiones médicas adoptadas, pese a que dichas actividades constituyen parte esencial de la función docente-asistencial del médico especialista.

b) Respetto de SPR2

SPR2, en su calidad de médico especialista adscrito responsable de la supervisión de **MR2**, tenía el deber de asesorar, orientar y supervisar permanentemente las decisiones clínicas adoptadas por la médica residente. No obstante, del expediente clínico no existe evidencia documental que permita concluir que ejerciera dicha supervisión, particularmente tratándose de una paciente con antecedentes obstétricos de riesgo y respecto de decisiones trascendentales relacionadas con la vía de resolución del embarazo.

Resulta especialmente relevante que tanto la historia clínica gineco-obstétrica como la nota preoperatoria únicamente contengan el nombre y firma de **MR2**, sin constancia alguna de revisión, validación o intervención por parte del médico adscrito responsable.

Con dichas conductas, este Organismo de Derechos Humanos estima que incumplieron las obligaciones previstas en:



- a) Los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al omitir garantizar una atención médica compatible con el derecho a la protección de la salud.
- b) Los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, al no asegurar una atención médica integral, oportuna, de calidad y profesionalmente responsable.
- c) Los artículos 29 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, al incumplir su deber de proporcionar una atención médica éticamente responsable y brindar información suficiente respecto del diagnóstico y tratamiento.
- d) Los numerales 5.3, 6.1, 6.2 y demás aplicables de la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico, al validar registros clínicos incompletos e inconsistentes que omitieron documentar adecuadamente las decisiones médicas adoptadas.
- e) Los numerales 5.1.13, 5.1.14 y demás aplicables de la NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, al no garantizar una valoración obstétrica integral y una adecuada toma de decisiones frente a factores de riesgo obstétrico.
- f) El numeral 10.5 de la NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, así como el artículo 29 del Reglamento de Residencias Médicas del IMIEM, al omitir supervisar permanentemente la actuación del médico residente bajo su responsabilidad.

c) Respetto de los médicos residentes

MR1 elaboró las notas médicas correspondientes al ingreso hospitalario de **V1** sin dejar constancia de la indicación de resolver el embarazo mediante cesárea que,



posteriormente, **SPR1** afirmó haber determinado. Asimismo, el expediente clínico presenta inconsistencias respecto de los diagnósticos asentados en las distintas notas elaboradas durante la atención inicial.

Dicha actuación resulta contraria a las obligaciones previstas en la Ley General de Salud y en la NOM-004-SSA3-2012, relativas a la adecuada integración del expediente clínico y al registro completo, preciso y cronológico de la atención médica.

Por otra parte, durante la atención brindada en la Unidad de Tococirugía, **MR2** determinó continuar con la conducción del trabajo de parto al considerar que **V1** presentaba condiciones cervicales favorables, sin que del expediente clínico se advierta una valoración integral de los factores de riesgo previamente identificados, particularmente la desproporción cefalopélvica y el antecedente de cesárea previa. Asimismo, no existe evidencia documental de que las decisiones terapéuticas adoptadas hubieran sido consultadas, revisadas o avaladas por el médico especialista adscrito responsable.

Dicha actuación resulta incompatible con las obligaciones previstas en la Ley General de Salud, la NOM-004-SSA3-2012 y la NOM-007-SSA2-2016, particularmente aquellas relacionadas con la prestación de una atención obstétrica segura, la adecuada vigilancia del trabajo de parto y el registro completo de las decisiones clínicas adoptadas.

No obstante, este Organismo estima que tales deficiencias no pueden analizarse de manera aislada ni atribuirse exclusivamente a **MR1** ni a **MR2**, toda vez que, al tratarse de médicos residentes, sus actividades debían desarrollarse bajo la asesoría, vigilancia y supervisión permanente del médico especialista adscrito, conforme a lo dispuesto por el numeral 10.5 de la NOM-001-SSA3-2012 y el artículo





29 del Reglamento de Residencias Médicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

En consecuencia, las irregularidades advertidas en su actuación comprometen, primordialmente, la responsabilidad del médico adscrito encargado de su supervisión, quien tenía el deber jurídico de dirigir, revisar y validar las decisiones clínicas adoptadas, así como de garantizar que éstas quedaran debidamente documentadas en el expediente clínico.

d) Responsabilidad institucional

En efecto, la ausencia de evidencia que demuestre una supervisión efectiva del personal médico residente, las inconsistencias advertidas en la integración del expediente clínico, la falta de documentación de decisiones médicas trascendentales, la omisión de garantizar que la atención obstétrica se desarrollara bajo la dirección y vigilancia permanente del personal médico adscrito, así como las condiciones operativas en que se prestó el servicio durante los hechos investigados, evidencian que el IMIEM incumplió su deber de organizar los servicios de salud de manera compatible con el derecho a la protección de la salud.

En ese sentido, cobra particular relevancia que, de acuerdo con los informes rendidos por el propio personal de enfermería, al inicio del turno existían diversas pacientes pendientes de intervención obstétrica y únicamente dos de los tres quirófanos del Hospital de Ginecología y Obstetricia se encontraban disponibles para la atención de dichas pacientes, debido a que uno de ellos era utilizado





temporalmente por el servicio de neonatología ante la insuficiencia de espacio físico en esa área.⁹⁷

Si bien tales circunstancias no permiten concluir, por sí mismas, que la infraestructura hospitalaria hubiera sido la causa directa del resultado adverso, sí evidencian un posible contexto de presión operativa que el Instituto tenía la obligación de prever y gestionar mediante una adecuada organización de sus recursos humanos, materiales y asistenciales, particularmente tratándose de una unidad hospitalaria de tercer nivel especializada en la atención obstétrica.

De igual forma, resulta relevante que el propio Instituto informara contar con equipo de cardiotocografía para la vigilancia de pacientes en trabajo de parto e, incluso, precisara que dicho monitoreo constituye una medida que debe realizarse durante su atención. No obstante, en el presente caso no existe evidencia documental que permita acreditar que **V1** hubiera sido monitorizada de manera continua mediante dicho equipo, ni la autoridad explicó las razones por las cuales esa vigilancia no quedó registrada en el expediente clínico.⁹⁸

Esta omisión resulta particularmente significativa, pues impidió corroborar que se hubieran agotado las medidas de vigilancia fetal necesarias para detectar oportunamente la pérdida del bienestar fetal y adoptar las decisiones terapéuticas correspondientes.

En consecuencia, este Organismo considera que el IMIEM incumplió las obligaciones de respetar, proteger y garantizar el derecho humano a la protección de

⁹⁷ Evidencia VII.

⁹⁸ Evidencia X.





la salud de **V1**, **V2** y **V3**, al no asegurar que la atención obstétrica se desarrollara conforme a la *lex artis ad hoc*, a las Normas Oficiales Mexicanas aplicables y a los mecanismos institucionales de organización, supervisión y control que resultaban exigibles. Tales deficiencias, analizadas de manera integral, favorecieron la materialización del resultado perinatal adverso acreditado en la presente Recomendación.

V.V. Determinación de la calidad de víctimas

Por las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y al haberse acreditado la vulneración al derecho humano a la protección de la salud, en su vertiente de acceso a una atención médica libre de negligencia, con fundamento en el artículo 10, párrafos primero, segundo y tercero, así como en su fracción III, de la LVEM, este Organismo reconoce la calidad de víctimas de las siguientes personas:

V1: Tiene la calidad de víctima directa, en su carácter de paciente obstétrica, al haber recibido la atención médica cuya actuación fue materia de análisis y respecto de quien se acreditó la vulneración a su derecho humano a la protección de la salud, en su vertiente de acceso a una atención médica libre de negligencia.

V2: Tiene la calidad de víctima directa, como producto de la gestación y, una vez ocurrido el nacimiento, persona recién nacida, al haber resentido de manera inmediata las consecuencias de las deficiencias en la atención obstétrica brindada a **V1**, las cuales le ocasionaron afectaciones neurológicas irreversibles que, posteriormente, derivaron en su fallecimiento.



V3: Tiene la calidad de víctima indirecta, en su carácter de padre de **V2** y esposo de **V1**, al haber resentido las consecuencias derivadas de las violaciones a derechos humanos acreditadas en la presente Recomendación.

VI. ACCIONES TRANSFORMADORAS

Por los hechos aquí documentados, conforme a lo dispuesto en los artículos 5, párrafo tercero de la CPELySM, en relación con los numerales 1, fracciones IV y V, 12 fracción XLII, 13, fracciones II, IV y V de la LVEM; artículo 101 de la LCODHEM; en atención a las circunstancias particulares del asunto, este Organismo pondera aplicables las siguientes acciones, soportadas en estándares que establecen un enfoque en DDHH.

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 1°, párrafo tercero, de la CPEUM.

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 DDHH, el pronto restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los DDHH.

VII. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Con base en lo dispuesto en los artículos 1, 2, 10, 11, 12, 13, fracciones II, IV y V de la LVEM; así como los citados en el cuerpo del presente documento, este Organismo pondera aplicables las siguientes:





VII.I. Medidas de rehabilitación

La rehabilitación busca facilitar a las víctimas su capacidad de enfrentar los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos. Se pretende reparar lo relativo a las afectaciones físicas, psíquicas o morales que puedan ser objeto de atención médica o psicológica.⁹⁹

VII.I.I. Atención psicológica, psiquiátrica y/o tanatológica

Como medida de rehabilitación, y en atención a las violaciones a derechos humanos acreditadas en la presente Recomendación, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá realizar las gestiones necesarias para que, previo consentimiento libre e informado de **V1** y **V3**, se les proporcione, de manera gratuita y por el tiempo que resulte clínicamente necesario, atención psicológica, psiquiátrica y/o tanatológica especializada, con motivo de las afectaciones derivadas de los hechos documentados.

Para tal efecto, la autoridad recomendada deberá dejar constancia documental de las acciones realizadas para garantizar el acceso efectivo a dichos servicios, procurando que éstos se otorguen en una unidad médica o institución ubicada en un lugar razonablemente accesible para las víctimas, a fin de evitar que las condiciones de traslado constituyan un obstáculo para recibir la atención correspondiente.

⁹⁹ 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.



La autoridad recomendada deberá remitir a este Organismo, dentro del plazo de quince días hábiles contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las constancias que acrediten el inicio de las gestiones tendentes al cumplimiento de este punto recomendatorio.

VII.I.II. Asesoría jurídica

Como segunda medida de rehabilitación, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá realizar las gestiones necesarias ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México para que, en caso de que así lo decidan **V1** y **V3**, se les proporcione el servicio de asesoría jurídica en su calidad de víctimas, con la finalidad de garantizar el acceso efectivo a la justicia y, en su caso, coadyuvar en las investigaciones penales y administrativas que se instauren con motivo de los hechos acreditados en la presente Recomendación.

Para tal efecto, el Instituto deberá dejar constancia documental de las gestiones realizadas y remitir a este Organismo, dentro del plazo de quince días hábiles contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, la documentación que acredite el inicio de las acciones tendentes al cumplimiento de este punto recomendatorio.

VII.II. Medida de compensación

La compensación se otorga por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables como consecuencia de la violación de derechos humanos cometida, en forma apropiada y proporcional.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Artículo 27, fracción III, de la LGV.



VII.II.I. Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas y pago de compensación pecuniaria

En la presente Recomendación se reconoce a **V1** y **V3** la calidad de víctimas directa e indirecta, respectivamente, para efectos de la reparación integral prevista en la LVEM, al haberse acreditado las violaciones a derechos humanos documentadas en este instrumento recomendatorio.

Como medida de compensación, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá realizar las gestiones necesarias para solicitar formalmente ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, la inscripción de **V1** y **V3** en el Registro Estatal de Víctimas, conforme a lo previsto en los artículos 10, fracción III, 12, 51, 57 y 58 ter, tercer párrafo de la LVEM.

Asimismo, deberá solicitar a la CEADEM que se practiquen las valoraciones y dictámenes que resulten procedentes para determinar la compensación que corresponda a las víctimas con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas en la presente Recomendación. Una vez emitida la determinación, la CEADEM deberá realizar el pago oportuno de dicha compensación por concepto de los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables.¹⁰¹

La autoridad recomendada deberá remitir a este Organismo, dentro del plazo de quince días hábiles contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las constancias que acrediten el inicio de las gestiones necesarias para el cumplimiento de este punto recomendatorio.

¹⁰¹Con 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.





VII.III. Medidas de satisfacción

Las medidas de satisfacción, previstas en el artículo 13, fracción IV, de la LVEM busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, así como la identificación en la verdad de los hechos y el encuentro público, sin transgredir la protección e integridad de las víctimas o personas relacionadas. Por lo que, se estima procedente formular la siguiente:

VII.III.I. Como medida de satisfacción y con una dimensión preventiva orientada a la no repetición, se estima procedente que el Instituto Materno Infantil del Estado de México dé vista a su Comité de Ética, remitiéndole copia certificada de la presente Recomendación y de las constancias que resulten necesarias, a efecto de que dicho órgano colegiado, en el ámbito de sus atribuciones, conozca y analice las conductas documentadas, particularmente aquellas relacionadas con la prestación de la atención médica, la supervisión del personal médico residente, la integración del expediente clínico y el apego a los principios éticos que rigen el servicio público en materia de salud; y, en su caso, emita las determinaciones, recomendaciones internas o acciones de mejora que resulten procedentes para fortalecer la actuación ética, profesional y diligente del personal adscrito al Instituto.

VII.III.II. Responsabilidades

a) Penales

Con el propósito de que las conclusiones contenidas en la presente Recomendación sean consideradas dentro de la carpeta de investigación iniciada con motivo de los hechos aquí documentados, este Organismo estima procedente hacer del conocimiento de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México el contenido



de la presente resolución, a efecto de que sea incorporada como elemento de análisis dentro de la investigación correspondiente y valorada en el ámbito de sus atribuciones.

En consecuencia, la autoridad responsable deberá remitir copia certificada de la presente Recomendación a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México, para que sea agregada a la carpeta de investigación precisada en el anexo confidencial de este instrumento recomendatorio y, en su oportunidad, determine lo que conforme a Derecho corresponda.

Con el propósito de que las conclusiones contenidas en la presente Recomendación sean consideradas dentro de las investigaciones que se encuentren en trámite con motivo de los hechos aquí documentados, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá remitir copia certificada de este instrumento recomendatorio a la Fiscalía de Justicia del Estado de México, a efecto de que se incorpore como elemento de análisis en el ámbito de sus atribuciones.

Para acreditar el cumplimiento del presente punto recomendatorio, la autoridad recomendada deberá remitir a esta Comisión la constancia que acredite el envío de la presente Recomendación a la autoridad investigadora y, en su caso, la documentación que demuestre su incorporación a la carpeta de investigación señalada en el anexo confidencial de la presente.

b) Administrativas

Cabe acotar que, del análisis de lo documentado en el expediente se advierte que la autoridad sanitaria del caso fue omisa en activar los mecanismos institucionales de control y rendición de cuentas que resultaban procedentes, pues existían actos y



omisiones atribuibles a personas servidoras públicas que, por su naturaleza, podían constituir responsabilidades administrativas. No obstante, dichas irregularidades fueron pasadas por alto por la propia institución, pese a que contaba con elementos suficientes para hacerlas del conocimiento de su Órgano Interno de Control, a fin de que éste, en el ámbito de sus atribuciones, investigara los hechos, determinara la existencia de posibles faltas administrativas y, en su caso, promoviera las responsabilidades correspondientes.

Por tanto, en atención a las irregularidades acreditadas en la presente Recomendación, este Organismo estima que existen elementos que justifican hacer del conocimiento del Órgano Interno de Control del Instituto Materno Infantil del Estado de México las conductas analizadas, para que, en el ámbito de sus atribuciones, valore el inicio de la investigación correspondiente y, en su caso, determine la existencia de responsabilidades administrativas derivadas de los hechos acreditados en la presente Recomendación.

En consecuencia, la autoridad responsable hará llegar copia certificada de la presente Recomendación a su Órgano Interno de Control para los efectos legales conducentes.

VII.IV. Medidas de no repetición

Son aquéllas que se adoptan con el fin de evitar que las víctimas vuelvan a ser objeto de violaciones a sus derechos y para contribuir a prevenir o evitar la repetición de actos de la misma naturaleza. En este caso, esta Comisión estima conveniente la implementación de las siguientes medidas:



VII.IV.I. Formación continua en materia de Derechos Humanos para el personal médico adscrito al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, incluido personal médico residente, a efecto de garantizar a los usuarios una tutela y protección efectiva de sus derechos

Como garantía de no repetición, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá diseñar e implementar un programa de formación continua dirigido al personal médico adscrito al Hospital de Ginecología y Obstetricia, incluidos los médicos residentes y médicos especialistas responsables de su supervisión, con el propósito de fortalecer la prestación de los servicios de salud desde un enfoque de derechos humanos y prevenir la repetición de hechos como los documentados en la presente Recomendación.

Dicho programa deberá contemplar, cuando menos, contenidos relacionados con el derecho humano a la protección de la salud, el derecho a una atención médica libre de negligencia, la atención obstétrica conforme a la *lex artis ad hoc*, la vigilancia materno-fetal durante el trabajo de parto, la integración adecuada del expediente clínico, así como las obligaciones de asesoría, supervisión y acompañamiento permanentes del personal médico adscrito respecto de los médicos residentes, conforme a la NOM-001-SSA3-2012 y demás disposiciones aplicables.

Para acreditar el cumplimiento de esta medida, el Instituto deberá remitir a este Organismo el programa de capacitación correspondiente, precisando, al menos, el nombre del curso, sus objetivos generales y específicos, la población a la que se dirige, el temario, la duración, la metodología de impartición, el perfil de las personas instructoras y el calendario de ejecución. Asimismo, deberá remitir las constancias





que acrediten la participación del personal convocado y la conclusión de las actividades de formación.

VII.IV.II. Implementación de un programa institucional de supervisión, revisión y mejora continua de la atención obstétrica

Las inconsistencias advertidas en la integración del expediente clínico, la ausencia de evidencia de una supervisión efectiva del personal médico residente y las discrepancias documentales entre las actuaciones médicas y los registros clínicos evidencian la necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales de control y mejora de la calidad de la atención obstétrica.

Por lo que, como garantía de no repetición, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá diseñar e implementar un programa institucional permanente de supervisión, revisión y mejora continua de la atención obstétrica que se brinda en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, con el propósito de fortalecer la calidad de los servicios de salud, garantizar la adecuada supervisión del personal médico residente por parte de los médicos especialistas adscritos y asegurar la confiabilidad del expediente clínico como instrumento técnico, científico y jurídico que documenta la atención médica.

Dicho programa deberá contemplar, cuando menos:

- a)** Mecanismos que aseguren la supervisión, asesoría y validación efectiva de las actuaciones del personal médico residente por parte de los médicos especialistas adscritos, en términos de la NOM-001-SSA3-2012 y del



Reglamento de Residencias Médicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

- b)** La revisión periódica, preferentemente mediante muestreo, de expedientes clínicos correspondientes a la atención obstétrica, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012, la congruencia de los registros clínicos y la adecuada documentación de las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas durante la atención médica.
- c)** La implementación de mecanismos técnicos y administrativos que garanticen la autenticidad, trazabilidad, integridad, verificabilidad y confiabilidad de los registros contenidos en el expediente clínico, así como de las validaciones realizadas por el personal médico, a fin de garantizar que toda anotación y autorización corresponda al efectivamente al profesional de la salud que intervino en la atención médica y asumió la responsabilidad de las decisiones clínicas adoptadas.
- d)** La instrumentación de acciones de retroalimentación y mejora continua cuando, derivado de las revisiones efectuadas, se detecten deficiencias en la integración del expediente clínico, en la supervisión del personal médico residente o en el cumplimiento de la normativa aplicable.

Para acreditar el cumplimiento del presente punto recomendatorio, el Instituto deberá remitir a esta Comisión el programa implementado, así como la evidencia documental de su difusión e instrumentación. Asimismo, deberá informar de manera bimestral, durante un periodo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las acciones realizadas en ejecución del programa, acompañando los resultados de las revisiones practicadas, las áreas de oportunidad identificadas y las medidas correctivas implementadas.



VII.IV.III Difusión de la presente recomendación en la página electrónica oficial del Instituto Materno Infantil del Estado de México

Como medida de garantía de no repetición y de promoción de los derechos humanos, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá difundir la presente Recomendación en su página electrónica oficial, a fin de contribuir a que el personal que presta servicios en esa institución conozca las obligaciones que le corresponden en materia del derecho humano a la protección de la salud, particularmente respecto de la prestación de una atención médica obstétrica oportuna, diligente y libre de negligencia; la adecuada integración del expediente clínico; y la obligación de supervisión y asesoría permanente del personal médico residente.

La difusión de la presente Recomendación constituye una medida orientada a fortalecer la cultura institucional de respeto a los DDHH, promover el conocimiento de los estándares nacionales aplicables en materia de atención médica y prevenir la repetición de hechos como los acreditados en este instrumento recomendatorio. Asimismo, permitirá que las personas usuarias de los servicios de salud conozcan los derechos que les asiste.

Para acreditar el cumplimiento de este punto recomendatorio, el Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá publicar la versión pública de la presente Recomendación en su página electrónica oficial dentro de los quince días hábiles siguientes a su aceptación y remitir a este Organismo la evidencia documental que acredite su publicación, así como el período durante el cual permanecerá disponible para consulta pública.

En mérito de lo antes expuesto y fundado, con sustento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 16, párrafo cuarto y 102, apartado B, párrafos primero, segundo, tercero y quinto de la CPEUM; 16 de la CPELySM, 13 fracción VIII, 28





fracción XIV, 99 fracción III, 101 y 103 de la LCODHEM, este Organismo Constitucional Autónomo formula al Instituto Materno Infantil del Estado de México, las siguientes:

VIII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Las **medidas de rehabilitación**, buscan facilitar a las víctimas su capacidad de enfrentar los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, por lo que se recomiendan a la autoridad responsable, las siguientes:

- a) Otorgue **atención psicológica, psiquiátrica y/o tanatológica** a las víctimas, en términos del numeral VII.I.I.
- b) Gestionar el servicio de **asesoría jurídica** a la víctima, en términos del numeral VII.I.II.

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. La **medida de compensación**, se otorga por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas evaluables que sufren las víctimas, por lo que, se recomienda a la autoridad responsable, la siguiente:





- a) Solicitar la **inscripción en el Registro Estatal de Víctimas y el pago de la compensación pecuniaria a la CEADEM**, en términos del numeral **VII.III.I**.

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.

TERCERA. Las **medidas de satisfacción** buscan reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, así como la identificación en la verdad de los hechos y el encuentro público, sin transgredir la protección e integridad de las víctimas o personas relacionadas, por lo que, se recomiendan a la autoridad responsable, las siguientes:

- a) En cuanto al apartado **VII.III.I**, remita copia certificada de la presente Recomendación y de las constancias que resulten necesarias al Comité de Ética del Instituto Materno Infantil del Estado de México, a efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones, conozca y analice los hechos documentados, de conformidad con lo especificado en el rubro de referencia. La autoridad recomendada deberá remitir a este Organismo las constancias que acrediten la recepción de la vista por parte de dicho Comité.
- b) Remita copia certificada de la presente resolución a la FGJEM y a su Órgano Interno de Control por las responsabilidades penales y administrativas, respectivamente, derivadas de los hechos, de conformidad con el apartado **VII.III.II**.



CUARTA. Con las **medidas de no repetición** se pretende evitar que las víctimas vuelvan a ser objeto de violaciones a sus derechos y para contribuir a prevenir o impedir la repetición de actos de la misma naturaleza. Con dicha finalidad es que se recomienda a la autoridad responsable realizar las siguientes:

- a) **Formación continua en materia de Derechos Humanos para el personal médico adscritos al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, incluido personal médico residentes, a efecto de garantizar a los usuarios una tutela y protección efectiva de sus derechos, de acuerdo con el numeral VII.IV.I.**
- b) **Implementación de un programa institucional de supervisión, revisión y mejora continua de la atención obstétrica mejora que asegure el llenado del expediente clínico, en términos del numeral VII.IV.II.**
- c) **Difusión de la presente recomendación en la página electrónica oficial por los motivos expresados en el numeral VII.IV.III.**

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

Para efecto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 105 de la LCODHEM¹⁵ **me permito solicitar amablemente que su respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, que no es delegable, se informe a este Organismo dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación.**





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

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

En términos del artículo 107 de la Ley de este Organismo, 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/LOD

Esta hoja corresponde a la parte final de la Recomendación 9/2026, emitida el 11 de septiembre 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 66, 01 de octubre 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.