

RECOMENDACIÓN 7/2018¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/NEZA/795/2017**, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos,² sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El veintiuno de septiembre de dos mil diecisiete se recibió la queja presentada vía correo electrónico por la quejosa (**V1**), en la cual dio a conocer que el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, aproximadamente a las seis horas con cuarenta minutos, dio a luz a su hijo en el Hospital General “Dr. Gustavo Baz Prada” ubicado en Nezahualcóyotl, Estado de México, que **SPR1** médico de dicha clínica: “tiró” a su hijo al nacer sin hacerse responsable por lo que pudiera sucederle al menor, y hasta ese momento el Ministerio Público de la Mesa Uno de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México (FGJEM) le negaba el servicio.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

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

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

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

¹ Emitida al Secretario de Salud del Estado de México, el 16 de agosto de 2018, sobre el caso de la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica en perjuicio de V1 y V2. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 41 fojas.

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

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

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

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

A todo ser humano corresponde la facultad de que se le garanticen las condiciones necesarias para conseguir su bienestar físico, mental y social, mediante bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.⁴

El derecho a la salud o a la protección de la salud, dada su naturaleza de atributo inclusivo, es un bien vital que implica un conjunto de libertades y derechos, comprende un conjunto de factores que dan lugar a una vida sana, entre los que se hallan: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda apropiadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; además de igualdad de género.⁵

Asimismo, el derecho en cuestión incluye algunas libertades, tales como el derecho a dar consentimiento para recibir tratamiento médico, así como a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁶

³La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. OMS. *Documentos básicos, suplemento de la 45 edición, octubre de 2006*, tomado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (consultado el 8 de junio de 2018).

⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 217.

⁵ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. *El derecho a la salud*, folleto informativo N° 31, Ginebra, ONU, 2008, p. 3 y ss.

⁶ Ídem.

De la misma forma, nuestro derecho a la salud comprende varios derechos más, como en los casos de las prerrogativas a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; de la misma forma que la salud materna, infantil y reproductiva.⁷

Por otra parte, resulta pertinente facilitar servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Además, todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.⁸

En términos de *disponibilidad*, el Estado se encuentra obligado a ofrecer establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente. La *accesibilidad* se refiere al alcance físico y económico de los establecimientos, bienes y servicios de salud para todos. La *aceptabilidad* se sustenta en la ética médica que fundamenta los servicios de salud, debiendo ser culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida para el respeto de la confidencialidad y lograr la mejora del estado de salud de las personas. Por último, la *calidad* apunta a que desde la perspectiva médica y científica se debe tener personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado, además de garantizar condiciones sanitarias adecuadas.⁹

Algunos grupos sociales, verbigracia niños y mujeres, enfrentan obstáculos específicos en relación con el derecho a la protección de la salud, debidos a factores biológicos, socioeconómicos, de discriminación y estigma social, frecuentemente combinados entre sí. Esa es la razón por la cual los Estados tienen la obligación de adoptar medidas a fin de evitar discriminación e injusticia hacia ellos.¹⁰

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

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

⁹ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observación General número 14.

¹⁰ Cfr. Op. cit., nota 22.

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

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

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

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

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

II. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.¹¹

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*, la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, por supuesto, sin la garantía de la curación del paciente.¹²

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

[...] el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo. Lo contrario supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento, cualquiera que éste sea, tendría asegurado, por lo menos, una indemnización por responsabilidad profesional en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido, por lo que es necesario romper, en ocasiones, la presumida relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que, además, no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su origen, no en la asistencia prestada por éste, contraria a la *lex artis*, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.¹³

El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.¹⁴

¹¹ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

¹² Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

¹³ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

¹⁴ Idem.

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

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

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

Con base en la evidencia, se pudo determinar que al acudir la quejosa (**V1**) al Hospital General de Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, alrededor de las seis horas con treinta minutos, por presentar embarazo de treinta y seis punto dos semanas de gestación, después de la exploración física, al establecerse una frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos, así como al tacto vaginal, dilatación y borramiento completos, se decidió su ingreso directo al área de Tococirugía.

En el área de Tococirugía, el ginecólogo obstetra **SPR2** como resultado del interrogatorio que realizó a **V1**, estableció que desde el día anterior se había presentado hipomotilidad fetal¹⁵, asimismo que la ruptura de membranas¹⁶ ocurrió durante el traslado de la paciente al hospital. Al efectuar la exploración física de **V1**, **SPR2** encontró frecuencia cardíaca fetal dentro de parámetros normales, nueve centímetros de dilatación y noventa por ciento de borramiento, ruptura de membranas con líquido amniótico meconial dos cruces, determinando que la paciente se encontraba en fase activa de trabajo de parto y solicitando estudios de laboratorio, sin embargo, tal como expresa el dictamen de la CCAMEM, ante la evidencia, **SPR2 omitió solicitar pruebas de bienestar fetal, lo cual resultaba: “importante para tomar las decisiones terapéuticas oportunas que se requiriera”**.

¹⁵ Es la disminución de los movimientos fetales: “La hipomotilidad se refiere a la pérdida del bienestar fetal y no debe dejarse pasar por alto, dado que se registran casos que necesitan intervención.”, Cfr. Velázquez Torres, Berenice et al. “Resultado perinatal de las pacientes evaluadas por hipomotilidad fetal” en revista *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 74, Núm. 5, mayo 2006, pp. 265-272.

¹⁶ Separación de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del trabajo de parto. Cfr. UN Panda. *Diccionario Médico Conciso y de bolsillo*, segunda edición, Panamá, Jaypee-Highlights Medical Publishers, 2013. IMSS. *Guía de referencia rápida. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas (RPM)*, 2009.

A las siete horas con quince minutos, **SPR1** señaló que **V1** ya se encontraba en período expulsivo de trabajo de parto. Vale acotar que dicho servidor público asentó en la nota respectiva¹⁷ que **V2 se hallaba en posición occipito posterior persistente**,¹⁸ la cual, según el dictamen de CCAMEM, era indicación de interrupción vía abdominal del parto, de acuerdo con el Lineamiento Técnico Cesárea segura, que a la letra establece:¹⁹

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas.

[...]

Causas fetales:

[...]

Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica

[...]

Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal

[...]

No obstante, **SPR1** decidió pasar a la paciente a la sala de expulsión, lo que se llevó a cabo hasta las siete cuarenta horas, esto es, veinticinco minutos después, sin que **SPR1** haya asentado los motivos de tal hecho.

Con base en la nota posparto, a las siete cuarenta y cinco horas “se obtuvo” a **V2**, quien después de la realización de la episiotomía media lateral salió en “[...] **forma de proyectil** [...]”, resbaló y cayó, golpeándose, para ser levantado y entregarlo a la pediatra presente (**SP2**) a fin de que fuese reanimado. Es relevante atender lo expresado en la nota de la enfermera **SP4**, quien asentó que después de la episiotomía,²⁰ **SPR1 aplicó la maniobra de Kristeller en dos ocasiones**, lo que no fue asentado en la nota de ginecología. La práctica de dicho procedimiento está proscrita por los riesgos que implica y los daños que puede provocar, como se observa en el siguiente texto:

Que en la guía Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014. Se describe que el modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que,

¹⁷ Evidencias 8, 14 y 16.1.

¹⁸ Se trata de una anomalía de posición, la cabeza fetal tiene orientado el occipucio hacia el extremo posterior de un diámetro oblicuo de la pelvis, en lugar de tenerlo dirigido hacia el anterior. “Distocia es el antónimo de la palabra griega eutocia que significa parto normal; por tanto, todas las causas que alteren el mecanismo normal del parto se engloban bajo este término. Las distocias se clasifican para su estudio en: distocia por anomalías fetales, por anomalías de las fuerzas expulsivas y por anomalías del canal del parto.” Las distocias son la causa más común de cesárea porque el feto no puede pasar a través de la pelvis materna [...] Cfr. Aller, Juan y Pagés, Gustavo. Tercera edición, Mc Graw Hill Interamericana, 1997, capítulo 36 distocias fetales.

¹⁹ Secretaría de Salud. *Cesárea segura. Lineamiento técnico*, folleto, México, D F, Secretaría de Salud, 2013, pp. 13 y 14.

²⁰ Incisión del perineo para facilitar el parto y evitar laceraciones. Cfr. Op. cit., nota 35, p. 229.

además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. El parto es un evento fisiológico complejo y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas... SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO (EXPULSIÓN): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en múltiparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia. Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la maniobra de Kristeller que consiste en ejercer presión sobre el fondo del útero durante el período expulsivo es una de las más controvertidas. Diferentes estudios se han realizado con respecto a su utilidad y seguridad y, hasta el momento, no se ha identificado ninguna justificación para su uso. En cambio, se ha relacionado dicha maniobra con un aumento en el riesgo de ruptura uterina y daños al recién nacido. Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller por la Organización de las Naciones Unidas.

Que la maniobra de Kristeller, consiste en la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, no estando ésta cuantificada, por lo que es de difícil precisión. Actualmente no suele estar explicada en los tratados de obstetricia, ya que está proscrita en la atención del parto, derivado de que su alto índice de complicaciones es enorme, tanto para la madre como para el producto. Los principales problemas en la parte materna pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno. Las complicaciones que se pueden presentar en el feto son: fractura de húmero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal, aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto (importante en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral). (Mateos Rodríguez, Marta; Maniobra de Kristeller, una Técnica Arriesgada; Enfermería Maternal y Cuidados en el Neonato; Universidad de León, 2012.)

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Guía de Práctica Clínica²¹ en cuanto a la maniobra de Kristeller, concluye que: “Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, **no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller**” (negritas fuera de texto).

²¹ IMSS. *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-052-08*, p. 45.

De modo que el empleo de la maniobra de Kristeller dio lugar a la salida intempestiva de **V2**, sin control de su expulsión, deslizándose y golpeando la cabeza con el borde de una cubeta metálica y el engomado del banco de altura. Lo anterior fue confirmado con lo proferido ante personal de este Organismo por el propio **SPR1**, así como por la pediatra **SP2**. Además, a **MR, residente de primer año de ginecología y obstetricia, SPR1 le asignó la tarea de atender el parto**, empero, no tuvo la habilidad para evitar la caída de **V2**. Acto seguido se continuó proporcionando a la madre atención obstétrica, satisfaciéndose el tercer período de trabajo de parto sin complicaciones.

Una vez ocurridas las lamentables circunstancias que tuvieron lugar durante el nacimiento de **V2**, la pediatra **SP2** lo recibió flácido, con frecuencia cardíaca de treinta latidos por minuto, sin esfuerzo ventilatorio, así como con “[...] **tumoración parietooccipital izquierda de aproximadamente 4x4 [...]**”, además de pupilas midriáticas (dilatadas). **SP2** efectuó una laringoscopia que según lo registrado en su nota, resultó negativa. A continuación dio inicio a maniobras avanzadas de reanimación, lo que originó una frecuencia cardíaca de 110, pero sin efectos positivos para la frecuencia respiratoria, razón por la que **V2** fue sometido a manejo intensivo con ventilación mecánica asistida, requiriéndose su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. En ese momento, **SP2** describió al recién nacido en malas condiciones generales.

V2 sobrevivió veintisiete días, hemodinámicamente inestable, con hipotensión y bradicardia, pupilas midriáticas, hipotonía muscular, ausencia de reflejos y sin la capacidad de respirar por sí mismo (falta de automatismo respiratorio). Hacia fines de septiembre, se solicitó la valoración de especialistas en cirugía general por considerar que padecía enterocolitis necrotizante, lo cual fue descartado. Se practicó ultrasonido transfontanelar que evidenció hemorragia parenquimatosa occipitoparietal, edema cerebral y zonas de encefalomalasia. Dada su gravedad no fue posible trasladarlo para realizarle tomografía axial computarizada y que se efectuara valoración de neurocirugía.

El 26 de septiembre de 2017 a las 11 horas, **V2** presentó paro cardiorrespiratorio, le fueron aplicadas maniobras avanzadas de reanimación, respondiendo favorablemente, sin embargo, una hora más tarde **V2** sufrió otro paro cardiorrespiratorio del cual no pudo recuperarse a pesar de haber recibido de nuevo maniobras avanzadas de reanimación. La víctima falleció a las 12 horas con 12 minutos del mismo 26 de septiembre.

En el dictamen técnico-médico institucional expedido por la CCAMEM se precisa:

Después del análisis de la atención que se le proporcionó al neonato [...] (**V2**) es de destacarse que desde el inicio de su atención, presentaba daño cerebral irreversible, esto ante los datos clínicos de midriasis y ausencia de esfuerzo ventilatorio que fueron manifestados desde las notas iniciales de su atención y que eran señal de un mal pronóstico, para el que se le brindó el manejo que necesitó de acuerdo a su evolución y para las patologías y complicaciones que fue presentando. De acuerdo a la necropsia el recién nacido [...] (**V2**) falleció por traumatismo craneoencefálico severo [...] que concuerda con el diagnóstico establecido en el Hospital General Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada” perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México.

En efecto, el dictamen de necropsia practicado a **V2** por perito médico legista de la FGJEM concluyó:

MASCULINO RECIEN NACIDO QUIEN EN VIDA LLEVARA LOS APELLIDOS DE [...] QUIEN **FALLECIO A CONSECUENCIA DE TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO SEVERO** (negrillas fuera de texto).

Por lo antes enunciado, incurrieron en responsabilidades concretas los siguientes profesionales de la salud:

El ginecólogo y obstetra **SPR1** actuó con imprudencia al atender a **V1** el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, porque al determinar que **V2** se encontraba en el vientre de su madre en posición occipito posterior persistente, era necesario que interrumpiera el embarazo vía abdominal mediante cesárea urgente -toda vez que la paciente (**V1**) se encontraba en período expulsivo- pues la posición de **V2** generaría problemas en su descenso, no obstante, **SPR1** negligentemente dejó progresar el parto.

Además, el servidor público **SPR1** empleó la maniobra de Kristeller (manejo proscrito por la práctica médica vigente debido a que produce riesgos a la integridad y vida de la madre y el ser humano por nacer) para agilizar la expulsión de **V2**, ocasionando que saliera precipitado sin haber tomado las medidas de seguridad pertinentes para evitarlo, lo cual originó el severo traumatismo craneoencefálico que posteriormente dio lugar al fallecimiento del recién nacido.

El ginecólogo y obstetra **SPR2** tuvo conocimiento del antecedente de hipomotilidad que presentaba **V2** desde un día previo al treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, lo cual mencionó en su nota médica, por lo que resultaba necesario que solicitara pruebas de bienestar fetal, a fin de tomar las decisiones terapéuticas oportunas en caso de que se requiriera, no obstante, incurrió en omisión al no llevarlo a cabo.

El residente de primer año de ginecología y obstetricia **MR** -de acuerdo con lo manifestado por **SPR1**, **SP2** y **SP4**- fue el **encargado** de recibir a **V2**, sin embargo, al momento en que **V2** fue expulsado debido a la maniobra de Kristeller, **MR** no tuvo la habilidad para evitar la caída del recién nacido, lo que derivó en el traumatismo craneoencefálico, causa del fallecimiento de **V2**.

Para este Organismo es de la mayor preocupación que el día de los acontecimientos se haya asignado a un residente la responsabilidad de recibir a un recién nacido, pues aun cuando se trata de un profesional que cuenta con título universitario y cédula profesional -que son el fundamento para ejercer en el país la medicina en cualquier institución sanitaria-, se trata de un profesional de la salud que se encuentra en adiestramiento dentro de una especialidad, es un alumno de posgrado que cuenta con un profesor titular y un profesor adjunto que lo dirigen en las actividades asistenciales, de docencia y de investigación relativas a la especialidad en que adquiere experiencia, por lo tanto, la responsabilidad de las tareas a llevar a cabo no recae, no debe recaer en el residente, sino en los médicos especialistas de base, en tanto servidores públicos.²²

Con lo antes expuesto se puede afirmar que los agraviados en el presente asunto recibieron una atención médica que distó de ser diligente e integral, alejándose de parámetros de calidad, en términos del debido cuidado que las instituciones públicas deben brindar a sus usuarios conforme a los medios de que disponen, medible a través de la infraestructura creada, los recursos materiales destinados, el presupuesto asignado, y por los recursos humanos con que cuentan para prestar sus servicios, pero sobre todo por la capacidad y la preparación de sus servidores públicos, lo que es fundamental para determinar si las dependencias cumplen con su función e inciden favorablemente en la vigencia de los derechos humanos de los pacientes.

Es oportuno señalar que durante el transcurso del año 2016, esta Defensoría de Habitantes emitió la pública **19/2016** a la Dirección General del Instituto de Salud del Estado de México, en cuyo texto, con base en dictamen de la CCAMEM se evidenció la proscripción de la maniobra de Kristeller en la práctica médica actual.²³

²² Cfr. Artículos 94 y 95 de la Ley General de Salud; capítulo XVI del Título Sexto de la Ley Federal del Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, entre otros ordenamientos.

²³ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el veintinueve de agosto de dos mil dieciséis por violación a los derechos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, a una atención médica libre de negligencia, a recibir un trato digno y respetuoso, a otorgar el consentimiento válidamente informado y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica.

Con base en la evidencia objetiva reunida durante la documentación del expediente del asunto, se pudo corroborar sin lugar a duda que **SPR1**, **SPR2** y **MR** incurrieron en negligencia médica en perjuicio de **V1** y **V2**, en virtud de que como profesionales de la salud no recurrieron a todos los medios y recursos a su disposición para otorgar una atención adecuada a los agraviados, y con ello garantizar su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se acredita en los párrafos precedentes, concluyéndose la existencia de prácticas negligentes por parte de los médicos antes referidos, en la atención de **V1** y **V2**.

Las acciones y omisiones cometidas por los profesionales de la salud del caso, traducidas en negligencia médica, contravinieron el respeto y la garantía de los derechos humanos del recién nacido y su madre, atentando contra sus derechos a la salud y a la vida.

La vida ha sido considerada por parte importante de la doctrina como el mayor bien de que goza el ser humano: “la vida tiene un valor previo y superior a todo el sistema constitucional de derechos. Es realmente el presupuesto o soporte físico, ontológico, de todos los derechos.” Por eso resulta injustificable que debido a la mala práctica médica se vulnere el contenido esencial del bien vida, que es el que siga habiéndola, coartándose el derecho a la existencia de **V2**, cifrado en *poder seguir viviendo sin que nadie lo impida*.²⁴

La Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene la fundamentalidad del derecho a la vida en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de ello, los Estados tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio.²⁵

De manera que con su proceder negligente, materializado en la suma de omisiones y acciones inadecuadas, los profesionales de la salud antes mencionados vulneraron también, diversos derechos humanos en perjuicio de **V1** y **V2**, entre ellos, el derecho a un nivel de vida adecuado que les asegurara la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica, tanto como el derecho de la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especiales, contemplados en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, consagrado en el numeral XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el derecho a la

²⁴ Cfr. Alegre Martínez, Miguel Ángel y Mago Bendahán, Óscar. *Derechos de la personalidad y derechos de los daños morales. Una visión de derecho comparado desde la transdisciplinariedad y el Derecho Constitucional*, Caracas, Paredes editores, 2007.

²⁵ Cfr. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144; Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78, y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay, supra nota 21, párrs. 186 y 187.

atención médica de buena calidad, establecido en el principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la protección de la vida prenatal en términos del artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos con los alcances e interpretación establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos;²⁶ tanto como el derecho a la salud consagrado en el precepto 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

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

DERECHO DE TODA MUJER A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EVITANDO TODA CONDUCTA, POR ACCIÓN U OMISIÓN, QUE AFECTE SU INTEGRIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA, EXPRESADA EN UN TRATO DESHUMANIZADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.²⁷

Los servidores públicos **SPR1** y **SPR2** cometieron violencia obstétrica al proporcionar una atención médica inadecuada a **V1**. En particular, **SPR2** debió solicitar pruebas de bienestar fetal al conocer de la hipomotilidad que presentaba **V2** desde el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, sin embargo, omitió hacerlo.

Por otra parte, las acciones y omisiones de **SPR1** tuvieron consecuencias fatales, en primer término, al permitir progresar el parto, omitiendo interrumpir el embarazo vía abdominal por medio de cesárea urgente, dada la posición de **V2** en el vientre materno. Posteriormente, al decidir aplicar la maniobra de Kristeller en el cuerpo de **V1**, sin considerar los riesgos que suponía y los daños que podía provocar, repercutiendo en la pérdida de la vida de **V2**. Todo lo cual corrobora una indebida atención a **V1**, configurándose violencia obstétrica en su perjuicio.

Con ese conjunto de acciones y omisiones, el personal médico de referencia contravino la obligación que tenía de evitar: obstaculizar o impedir el goce o ejercicio de los derechos humanos de **V1**, además de prevenir, promover, atender y erradicar los diferentes tipos de violencia, en este caso la obstétrica, pasando por alto la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y vulnerando los derechos fundamentales de la agraviada.²⁸

²⁶ Cfr. con la sentencia del caso Artavia Murillo vs. Costa Rica de noviembre de 2012.

²⁷ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

²⁸ Cfr. los artículos 18, 46 fracciones I, II, III y X, 51 fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el numeral 59 fracciones I, II y III de su Reglamento.

La violencia obstétrica es expresión de violencia contra la mujer que atenta contra su derecho a la protección de la salud y por ende afecta el ejercicio de otros derechos indispensables para una vida en condiciones de dignidad, libre de violencia.

En el presente caso, **SPR2** pasó por alto lo que le correspondía realizar, mientras **SPR1** decidió sobre acciones y procedimientos en el cuerpo de **V1** que originaron la violación de sus derechos humanos. Violencia obstétrica que trasluce violencia de género en tanto manifestación de relaciones asimétricas de poder que concurren entre los servidores públicos del caso y **V1**, en su condición de mujer embarazada y en labor de parto.

Amén de las omisiones cometidas por **SPR1** y **SPR2**, en el caso en estudio tuvieron lugar dos modalidades de violencia obstétrica: *física*, que se concretó al realizar una práctica no justificada y riesgosa para la integridad y salud de **V1** y **V2**, así como *psicológica*, al omitir informar verazmente a **V3** sobre lo acontecido cuando acudió a conocer del estado de salud de **V1** y **V2**, el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete.²⁹

Así lo expresó **V3** ante la Representación Social también el treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete, ya que al acudir al hospital, el médico que atendió el parto le manifestó que su menor hijo se encontraba grave porque:

[...] había ingerido de su excremento, que se le había metido en sus pulmones, que lo habían reanimado y entubado, enseguida me canalizó con el personal de terapia intensiva de bebés siendo una mujer que no sé cómo se llama, me dijo lo mismo del bebé que estaba delicado pero aparte me comentó que tenía un chichón sin decirme porque era producido, que ya le habían hecho un examen para ver si no estaba fracturado de su cráneo y que no tenía ninguna lesión [...]

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

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

²⁹ La omisión de datos o información a los familiares de la mujer, también es considerada una modalidad de violencia obstétrica por la doctrina. Cfr. Medina, Graciela, "Violencia obstétrica" en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica> (consultado el tres de julio de 2018).

especificándose la obligación de los servidores públicos de abstenerse de cualquier acción perjudicial contra la mujer, al tiempo de actuar diligentemente a efecto de prevenir y erradicar, entre otros, toda forma de violencia contra la mujer.

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

Con base en lo expresado, este Organismo constitucional autónomo estimó pertinente solicitar a la Secretaría de Salud implemente:

IV. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Es importante acotar que todos los trámites, acciones y el seguimiento de los mismos son de la entera responsabilidad de esa dependencia del Poder Ejecutivo estatal, por lo que la Secretaría de Salud deberá cumplir con su obligación de velar por que el conjunto de medidas de reparación que a continuación se especifica, sea materializado cuanto antes, a efecto de evitar la revictimización de **V2** y **V3**, documentando puntualmente ante esta Comisión todos los avances.

A. Medidas de rehabilitación

A.1 Atención psicológica especializada. A raíz del fallecimiento de **V2**, como consecuencia de las acciones y omisiones cometidas por servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, previo consentimiento expreso de **V1** y **V3**, se efectúe un psicodiagnóstico para determinar la afectación que pudiera existir en ambas personas, dada la pérdida ocasionada y, en caso de concluirse que requieran atención especializada, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo de manera inmediata. La atención psicológica será proporcionada por personal profesional, en forma pronta y continua. Para cumplir este requerimiento el Instituto podrá auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca los servicios descritos y se encuentre en un perímetro que sea

conveniente para el traslado accesible de **V1** y **V3**, debiéndose remitir a esta Institución, las pruebas de cumplimiento.

B. Medidas de compensación

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que cuando la restitución del bien jurídico que se ha visto afectado por la violación a derechos humanos es prácticamente imposible, se hace necesario aplicar o determinar otras formas de reparación. En efecto, obligar al responsable de la vulneración a borrar todas las consecuencias que su acto causó es enteramente imposible porque su acción tuvo efectos que se multiplicaron de modo inconmensurable, perjuicios que ameritan, entre otras medidas, indemnización.³⁰ Al respecto, la Corte Interamericana determina el monto de la indemnización compensatoria generalmente sobre aspectos y rubros claramente establecidos, sin embargo, también ha fijado otros rubros y aspectos sobre los cuales se puede determinar el monto a cargo del Estado y entre los que se encuentra el siguiente:

B.1. Daño moral o inmaterial. Para la Corte Interamericana el daño moral o inmaterial puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, así como el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones de carácter no pecuniario, en las condiciones de vida de la víctima o su familia.³¹ Además, como consecuencia de las acciones y omisiones en la atención médica brindada a **V1** durante el desarrollo del trabajo de parto y que, debido al empleo de un procedimiento proscrito de la práctica médica actual, por parte del médico gineco obstetra **SPR1**, se dio como consecuencia el deceso de **V2**.

Las repercusiones de lo acontecido generaron un quebranto que aún no ha sido determinado en los padres del recién nacido que lamentablemente falleció. Por lo tanto, con fundamento en los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI y VII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII; 67, 88, fracción II; 96, 97, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, 112, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; así como de los numerales 1 fracciones I, II y IV, 2, 6, 10, 11, 12, 13 fracción III, 38 y 51 de la Ley de Víctimas del Estado de México; una vez acreditadas violaciones a derechos humanos derivadas de negligencia médica y de violencia obstétrica en agravio de **V1**, que adicionalmente dieron como

³⁰ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Aloeboetoe y otros Vs. Surinam. Reparaciones y Costas. Sentencia de 10 de septiembre de 1993. Serie C No. 15, párrs. 18 y 19.

³¹ Cfr. Rojas Báez, Julio José La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de reparaciones y los criterios del proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos, pp. 105 – 110. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf> (consultado el 8 de junio de 2018).

consecuencia la pérdida de la vida de **V2**, la Secretaría de Salud del Estado de México deberá otorgar la indemnización compensatoria que proceda.

Esa dependencia del Ejecutivo local, por sí o mediante la inscripción de **V1** y **V3** en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, velará por que dichas personas tengan acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia. De esta manera, la compensación a favor de **V1** y **V3** será cubierta por la Institución responsable considerando lo expresado en el apartado **B.1**.

C. Medidas de satisfacción

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

a) En el caso concreto y por cuanto hace a la responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido el médico gineco obstetra **SPR1**, y en su caso, **SPR2**; la autoridad recomendada deberá remitir la copia de la Recomendación, que se anexó, a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México a efecto de que se agregue a las actuaciones que integran la investigación penal formada respecto de la probable responsabilidad de los servidores públicos.

b) De igual manera, la autoridad responsable deberá remitir copia de la Recomendación al órgano interno de control del Instituto de Salud del Estado de México, a efecto de que tome conocimiento del asunto y determine la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido **SPR1** y **SPR2**, que en el ejercicio de sus funciones materializaron una práctica médica negligente e incurrieron en violencia obstétrica, las cuales resultaron violatorias de los derechos humanos de **V1**, **V2** y **V3**.

C.2. Disculpa Institucional. El artículo 73 fracción IV de la Ley General de Víctimas en relación con el artículo 13 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de México, consagra el derecho de las víctimas a que se reconozca y restablezca su dignidad, mediante el ofrecimiento de una disculpa institucional. Dicha estrategia constituye un acto de reconocimiento de la responsabilidad y el interés genuino de reparación respecto de las violaciones a derechos humanos acreditadas en la Recomendación. En el caso concreto, la disculpa debe ser ofrecida por conducto del titular del Hospital General “Dr. Gustavo Baz Prada” ubicado en Nezahualcóyotl, Estado de México, en forma escrita y notificada personalmente a **V1** y **V3**.

Al respecto, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos sostiene que los actos de reconocimiento de responsabilidad del Estado forman parte de las medidas simbólicas de reparación moral, ya que se encuentran orientados a dar satisfacción y dignificar a las víctimas, pues implican un reconocimiento por la injusticia de los hechos y porque suponen obligaciones públicas en la prevención de las violaciones a derechos humanos.³²

D. Medidas de no repetición

D.1 Práctica médica conforme a la *lex artis*. A efecto de garantizar la observancia de las especificaciones en materia gineco obstétrica, es pertinente implementar de manera inmediata en el Hospital General Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, las circulares necesarias para instruir al personal de la salud sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; así como de la Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; de la Guía de Referencia Rápida Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; además del Lineamiento Técnico Cesárea Segura. Al mismo tiempo, mediante la emisión del instrumento administrativo que se estime pertinente, dar a conocer la proscripción de la maniobra de Kristeller en la práctica médica, a efecto de que sea observada en todas las instituciones que conforman esa Secretaría de Salud. Documentos que son coherentes con los razonamientos esgrimidos en esta Recomendación. Lo anterior con la finalidad de que el acto médico se ajuste al respeto de la dignidad y los derechos fundamentales de las pacientes, además de evitar que se repita una situación de riesgo como la que se resuelve, al tiempo de cuidar que los procedimientos marcados por la *lex artis* médica se realicen de manera profesional. Por lo que la autoridad recomendada deberá tomar las medidas que fortalezcan el sentido del deber ético de diligencia y debido cuidado, así como el ejercicio de la práctica médica conforme a normas, procedimientos, guías de referencia y lineamientos.

D.2 Capacitación en derechos humanos. Para que el personal de la salud proporcione una atención médica libre de negligencia con respeto a la dignidad humana de las usuarias de los servicios sanitarios, observando invariablemente su

³² Cfr. Martín Beristain, Carlos. *Diálogos sobre la reparación, qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2009, pp. 226 y 227. Asimismo, La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de reparaciones y los criterios del proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos, pp. 111-116. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf> (consultado el veintisiete de abril de dos mil dieciocho).

derecho a una vida libre de violencia obstétrica y materializando las pautas provenientes de las normas especializadas y las guías de práctica clínica especificadas en esta Recomendación, la Secretaría de Salud del Estado de México como autoridad responsable, deberá presentar a esta Institución un programa de cursos en materia de protección a derechos humanos dirigido a los servidores públicos adscritos Hospital General Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, específicamente a los servicios de: gineco obstetricia, por lo que el contenido de los cursos deberá contemplar la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local en torno a los procedimientos clínicos, con especial énfasis en aquellas Normas Oficiales Mexicanas y guías de práctica médica que se relacionan con el presente asunto.

D.3 Actos institucionales. Esta Comisión ha dado cuenta en las Recomendaciones **19/2016**, **20/2016** y **8/2017** de la falta de vigilancia y supervisión hacia médicos pasantes en servicio social y/o residentes adscritos a las unidades de salud y hospitales que se encuentran en una etapa de formación académica; lo que puede derivar en vulneraciones al derecho a la protección de la salud, como sucedió en el caso que nos ocupa. Por lo tanto, en atención a lo esgrimido en esta Recomendación, se debe verificar que los médicos que realicen su servicio social o presten su servicio como residentes en instituciones que formen parte de la Secretaría de Salud estatal, sean supervisados de manera constante a efecto de que brinden atención médica adecuada, así como un trato digno y respetuoso a los usuarios. Por lo tanto deberán remitirse a este Organismo las constancias en las que se advierta la adecuada supervisión de los médicos pasantes en servicio social, así como residentes.

En consecuencia se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Con el propósito de reparar la afectación que sufrieron **V1** y **V3**, en su calidad de víctimas de violaciones a derechos humanos, previo consentimiento suyo, se les otorgue de manera inmediata la **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **IV** apartado **A numeral 1** de la sección de ponderaciones de la Recomendación, consistente en **atención psicológica especializada** con absoluto apego a lo estipulado por la Ley General de Víctimas. Para lo cual, la Secretaría de Salud del Estado de México debe señalar qué institución pública o privada será la responsable del diagnóstico, tratamiento psicológico y los resultados obtenidos.

Para tal efecto, se insta a esa dependencia, realice las gestiones que permitan que la atención recomendada se brinde dentro de un perímetro accesible al domicilio de los agraviados. Recomendación que debe ser atendida de manera inmediata y documentarse su cumplimiento.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **IV** apartado **B** numeral **1** de esta resolución, la Secretaría de Salud del Estado de México se ocupará de inscribir a **V1** y **PR** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que ambas personas tengan acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. Respecto de la compensación a favor de **V1** y **V3**, la misma deberá ser cubierta por la Institución responsable, considerando lo descrito en el apartado **B.1.**, debiéndose remitir a esta Defensoría de Habitantes las constancias que así lo acrediten.

TERCERA. Como **medida de satisfacción** señalada en el punto **IV** apartado **C** numeral **1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, se remita por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, que se anexó, para que se agregue a las actuaciones que integran la investigación penal formada a propósito del caso respecto a la probable responsabilidad del gineco obstetra **SPR1** y en su caso, **SPR2**.

CUARTA. Como **medida de satisfacción**, bajo el criterio de protección y defensa de los derechos humanos, con la copia certificada de la Recomendación, que se anexó, se dé intervención por escrito al órgano interno de control del Instituto de Salud del Estado de México para que en el ámbito de sus atribuciones determine lo conducente.

QUINTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **IV** apartado **C**, número **2**, se debe entregar una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluirá el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados, la cual será formalizada por el titular del Hospital General “Dr. Gustavo Baz Prada” ubicado en Nezahualcóyotl, Estado de México, en forma escrita y entregada personalmente en reunión con los progenitores de **V2**, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Para tal efecto, la autoridad recomendada tomará como sede las instalaciones del hospital antes referido. Concertado lo anterior y notificado personalmente el reconocimiento institucional al que se hace referencia, se hará constar en acta administrativa. De igual forma, deberán hacerse llegar a esta Defensoría de Habitantes las evidencias de su materialización.

SEXTA. Como **medida de no repetición** estipulada en el punto **IV** apartado **D** número **1**, del documento de Recomendación, la autoridad responsable deberá implementar en el Hospital General Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, las circulares necesarias para instruir al personal de la salud sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; así como de la Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; de la Guía de Referencia Rápida Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo; además del Lineamiento Técnico Cesárea Segura.

Asimismo, mediante la emisión del instrumento administrativo que se estime pertinente, se dará a conocer en todas las instituciones que conforman esa Secretaría de Salud, que por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en los riesgos tanto para la madre como para el producto, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller en la práctica médica, a efecto de que sea observada. Debiéndose remitir a este Organismo las evidencias de cumplimiento.

SÉPTIMA. Igualmente, como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **IV** apartado **D** numeral **2**, con enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica materno-infantil; la Secretaría de Salud del Estado de México, como autoridad responsable, deberá presentar a esta Defensoría de Habitantes un programa de cursos en materia de protección a derechos humanos dirigido a los servidores públicos y médicos residentes adscritos al Hospital General Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, en particular a los servicios de gineco obstetricia.

El contenido de los cursos deberá contemplar la revisión del marco jurídico internacional, nacional y local en torno a los procedimientos clínicos, con especial énfasis en aquellas normas oficiales mexicanas y guías de práctica médica que se relacionan con el presente asunto. Así, en el programa que se remita a esta Comisión para considerar el cumplimiento de la medida de no repetición deberá integrarse: el nombre de cada curso, la lista del personal de los servicios de gineco obstetricia del nosocomio, la cantidad de participantes y el registro de

asistencia. Enviándose a esta Comisión de Derechos Humanos las evidencias que comprueben su cumplimiento.

OCTAVA. Con el objeto de brindar una atención médica integral, gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se supervise en forma permanente el trabajo de los médicos que realicen su servicio social o laboren como residentes en instituciones que formen parte de la Secretaría de Salud estatal, a efecto de que brinden atención médica adecuada, en términos de la normatividad aplicable. Debiéndose remitir a este Organismo las pruebas correspondientes.