



RECOMENDACIÓN 1/2019¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/CHA/234/2018+**

y acumulados, esta Comisión procedió al análisis de las quejas, 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 siete de mayo de dos mil dieciocho se recibió la queja escrita presentada por **V1**, en la cual dio a conocer que el tres de julio de dos mil diecisiete, cursando su segundo embarazo, con cuarenta y una semanas de gestación, aproximadamente a las doce treinta horas, en compañía de su esposo y su hermana acudió al Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", donde recibió una inadecuada atención y por carencia de personal (no había anestesiólogo) debió ser trasladada al Hospital Materno Infantil Chalco "Josefa Ortiz de Domínguez", establecimiento al que llegó alrededor de las once de la noche del mismo tres de julio, recibiendo atención inmediata en sala de expulsión. En dicho nosocomio los médicos le informaron que su hijo iba muy mal desde el Hospital de Tepetlixpa, que había tragado líquido amniótico y le habían encontrado marcas en la cabeza. El cuatro de julio la quejosa fue informada de que su hijo había fallecido. Un día después solicitó su alta voluntaria porque no quería continuar allí debido a lo que ocurrió. En su escrito, la agraviada manifestó encontrarse sumamente afectada psicológica y emocionalmente por lo ocurrido, dada la deficiente atención médica recibida y que derivó en la muerte de su hijo, además de que hasta ese momento tanto ella como su esposo no tenían claro qué causó las complicaciones de su parto y el fallecimiento de su hijo.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley a la Secretaría de Salud, 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.

¹ Emitida al Secretario de Salud del Estado de México, el 22 de marzo de 2019, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y 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 44 fojas.

² Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, 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 los quejosos y agraviados, 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.



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.

Gozar de salud, permite el ejercicio de los derechos humanos. Para la vigencia sociológica de los atributos o facultades que corresponden a todas las personas, es necesario contar con cierto grado de salud física y mental, elemento indispensable, generador de bienestar que permite tomar parte en la vida económica, social, política y cultural de la comunidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió 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 propia OMS ha evidenciado que la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones sociales y culturales, y en sinergia con ellas, es componente fundamental de bienestar social.⁴ Si en la vida de las personas y las naciones no hay salud, las posibilidades de alcanzar un desarrollo integral son escasas.⁵

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.

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 7 de enero de 2019).

⁴Ídem.

⁵Cfr. Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Derecho a la protección de la salud y derechos humanos" en *CONAMED. Revista CONAMED*, Vol. 10, núm. 1, enero-marzo de 2005, pp. 11-15.



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.⁶

El derecho a la salud o a la protección de la salud, dada su naturaleza de atributo inclusivo, es un bien vital que implica una gama 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.⁷

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.⁸

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, 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.⁹

Por otra parte, resulta pertinente facilitar servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Además, todos esos servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.¹⁰

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

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Ídem.

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem.



médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado, además de garantizar condiciones sanitarias adecuadas.¹¹

Los Estados se encuentran comprometidos a proteger y promover el derecho a la salud, en tanto derecho fundamental, de conformidad con las exigencias definidas en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho consuetudinario a ese plano, en virtud de las obligaciones contraídas a raíz de las firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales por ellos realizadas.

Al respecto, las obligaciones estatales se dividen en tres categorías, *de respetar*, *de proteger* y *de realizar*. La obligación de respetar, alude a la abstención del Estado para interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud, mientras la exigencia de proteger refiere la tutela para evitar obstáculos o afectaciones en el goce del derecho, en tanto que el deber de realizar implica la adopción de toda índole de medidas (legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción, entre otras) para la materialización cabal del derecho a la salud.¹²

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo primero párrafo tercero, la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos del marco legal. Además, el mismo numeral de la Carta Magna, en su párrafo quinto, prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

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.¹³

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.

¹¹ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observación General número 14.

¹² Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. Op. cit., nota 22.

¹³ Ídem.



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 discriminación o violencia contra ellas, entendida la violencia 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, el cual 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.¹⁴

¹⁴ 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.



Todo tratamiento, intervención quirúrgica o exámenes para efectos de diagnóstico o investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación que realiza un médico general o especializado en alguna rama de la ciencia médica se denomina acto médico.¹⁵

Dada su relevancia e implicaciones, el acto médico sólo puede ser materializado por profesionales de la medicina que tengan título académico o sean especialistas en determinada rama médica, esas son las condiciones que garantizan los conocimientos y las aptitudes de los médicos ante el Estado, y tal es el presupuesto que origina su responsabilidad legal.¹⁶

Desde la perspectiva jurídica, el acto médico se conforma por la capacidad profesional del médico, la ejecución típica y la *lex artis*.¹⁷

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.¹⁸

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.¹⁹

¹⁵ Alfredo Achával citado por Ríos Ruiz, María de los Ángeles y Fuente del Campo, Antonio en "El arbitraje en la praxis médica, análisis y perspectivas de nuevos mecanismos para la solución de controversias" (capítulo 1) de *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Compendio*, México, CNDH, 2017.

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.

¹⁹ 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.



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.²⁰

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 sustento, en el conjunto de evidencias reunidas en el expediente del asunto, se determinó que la quejosa (**V1**) acudió el tres de julio de dos mil diecisiete al Hospital Municipal de Tepetlixpa, con un embarazo de término, se le realizó Triage²¹ a las trece horas, clasificándose como rojo por presentar actividad uterina, además de presión arterial de 130/90 milímetros de mercurio. **V1** fue valorada por el médico del servicio de urgencias (**SP1**) quien después de realizar la exploración física decidió su ingreso al nosocomio. Se indicaron soluciones intravenosas, toma de cifras de tensión arterial cada veinte minutos, además de solicitar perfil preecláptico.²²

Tres horas después de su ingreso al hospital; es decir, a las dieciséis horas del mismo día, **V1** fue valorada por **SP2** del servicio de ginecoobstetricia, a cuya revisión la agraviada presentó siete centímetros de dilatación, dejándola a evolución espontánea de trabajo de parto, lo cual fue considerado aceptable por la CCAMEM en su dictamen, de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida.

²⁰ Ídem.

²¹ Selección y clasificación de los enfermos, heridos o lesionados para asignar prioridad de atención médica y de enfermería. Cfr. UN Panda. *Diccionario Médico Conciso y de bolsillo*, segunda edición, Panamá, Jaypee-Highlights Medical Publishers.

²² La preeclampsia es la toxemia (circulación de toxinas en el cuerpo) del embarazo con albuminuria (presencia de proteínas en orina principalmente albúmina, usualmente indica enfermedad pero algunas veces resulta de una disfunción temporal o transitoria), hipertensión y edema (acumulación excesiva de agua en los tejidos). Cfr. Ídem.



SP2 reportó, entre otras cuestiones, el resultado de estudios de laboratorio dentro de límites normales y corroboró el diagnóstico de hipertensión gestacional, efectuó partograma²³ y continuó vigilancia; sin embargo, durante las cuatro horas con veinticinco minutos que **V1** estuvo en trabajo de parto, sólo se documentaron en el partograma, cuatro revisiones, sin observarse lo que dispone la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida, así como la guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. (México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014).²⁴

El gineco obstetra **SPR** realizó valoración a las veinte horas con veinticinco minutos encontrando frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, así como dilatación y borramiento completos, con membranas rotas por amniorexis²⁵ efectuada por médico general a las diecinueve horas con cuarenta minutos; esto es, cuarenta y cinco minutos antes, con pérdida de líquido meconial dos cruces, razón por la que **SPR** determinó continuar vigilancia del período expulsivo en el cual se encontraba el trabajo de parto, esto de acuerdo con la práctica obstétrica en vigor.

Entonces, los familiares presentes fueron informados del riesgo de no contar en ese turno con médico anesthesiologo, pues **SPR** no descartaba la probabilidad de la interrupción vía abdominal o el envío a unidad de apoyo.

V1 fue llevada a sala de expulsión a las veinte horas con cuarenta y cinco minutos, donde se intentó resolución vía vaginal, sin que **SPR** mencionase en su nota la aplicación de la maniobra de Kristeller y la episiotomía, como sí lo hicieron la agraviada en sus escritos, así como las enfermeras **SP4**, **SP5** y **SP6** en su "hoja quirúrgica" de tres de julio de dos mil diecisiete, además de la manifestación de **SP6** durante su comparecencia ante este Organismo.

La maniobra de Kristeller se lleva a cabo mediante la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, sin que la fuerza pueda cuantificarse, por lo que resulta poco

²³ Recogida en una gráfica de los parámetros del parto, como las contracciones uterinas (intensidad, frecuencia y duración de las mismas), la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación cervical y la altura de la presentación fetal en la pelvis. La recogida de esos cuatro parámetros en un gráfico constituye el partograma. Clínica Universidad de Navarra, Diccionario médico, consultado en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/partograma>.

²⁴ "[...] La guía de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal (con Pinard, monitor o doptone) en embarazos de bajo riesgo, con posterioridad a la contracción uterina, cada treinta minutos. Asimismo, en la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre treinta a sesenta minutos máximo. Por lo menos cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo. El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales".

²⁵ Es la ruptura espontánea o manual de la bolsa del líquido amniótico en la que se encuentra el feto. Cfr. Botella Llusíá, José y Clavero Núñez, José A., Tratado de ginecología, 14 edición, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1993, p. 247 y ss.



precisa y es muy riesgosa. Hoy en día no se contempla en los tratados de obstetricia pues debido a su elevado índice de complicaciones tanto para la madre como para el feto, está proscrita en la atención del parto. En el caso de la madre, los problemas que origina 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 puede generar 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 (de relevancia en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral).²⁶

Haber efectuado la maniobra y la episiotomía incrementó los riesgos para la madre y el feto, toda vez que la maniobra de Kristeller está proscrita de la práctica médica actual por los riesgos que supone y los daños que puede originar, prohibición expresa que hace 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.

Por su parte, la guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo señala que la episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal, además de que antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada, asimismo enfatiza 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.

De manera que **SPR** empleó la episiotomía y la maniobra de Kristeller para favorecer el descenso de **V2** sin éxito, por lo que una hora después del inicio del segundo período de trabajo de parto determinó que se trataba ya de un expulsivo prolongado, momento en que pidió a directivos del hospital, respaldo para conseguir médico anesthesiólogo o enviar a **V1** a otro hospital de apoyo.²⁷

Al respecto, resulta ilustrativo lo expresado por la CCAEM en su dictamen,²⁸ al señalar que si ya se habían presentado problemas para la "extracción del producto" y eso había dado lugar a la episiotomía y a la maniobra de Kristeller, era necesario que **SPR** pidiera apoyo a los directivos de manera oportuna, no hasta que se hubiera cumplido con el tiempo establecido por la literatura médica vigente de una hora para determinar que era

²⁶ Mateos Rodríguez, Marta. *Maniobra de Kristeller, una técnica arriesgada; enfermería maternal y cuidados en el neonato*, Universidad de León, 2012.

²⁷ Idem.

²⁸ Idem.



un expulsivo prolongado, en razón de que no había médico anesthesiólogo, charola de cesárea y compresas.

Asimismo, aunque no existe prueba de que se vigilara la frecuencia cardíaca fetal en el partograma,²⁹ la "hoja quirúrgica" de enfermería da cuenta de su seguimiento en siete ocasiones, entre las veinte horas con treinta minutos y las veintidós horas con veinte minutos, sin presentar alteraciones, vale acotar que el traslado se efectuó a las veintidós horas con diez minutos, esto es, veinticinco minutos después del diagnóstico de expulsivo prolongado.

V1 fue aceptada³⁰ en el Hospital Materno Infantil de Chalco "Josefa Ortiz de Domínguez", al que se le transportó en ambulancia. La paciente llegó al servicio de urgencias del nosocomio de Chalco a las veintitrés horas con once minutos, es decir, poco más de una hora después de su salida del primer hospital, con diagnósticos de embarazo de cuarenta punto seis semanas por amenorrea, en trabajo de parto en período expulsivo prolongado. La hoja de referencia señala que el feto se hallaba en variedad posición occipito transverso izquierdo,³¹ llegó hemodinámicamente estable por signos vitales y con frecuencia cardíaca dentro de límites normales.

La quejosa y agraviada (**V1**) ingresó a la Unidad Tocoquirúrgica a las veintitrés horas con treinta y cinco minutos, donde la revisó **SP24** quien determinó pasarla a sala de labor por encontrarse en período expulsivo y el feto en el tercer plano de Hodge.³² **SP24** informó a los familiares de la paciente de riesgos tales como hemorragia obstétrica, hipoxia perinatal, incluso de la muerte materna y fetal.

A las veintitrés horas con treinta y seis minutos "se obtuvo" a **V2** con peso de tres mil quinientos gramos, se le calificó en la escala de Apgar 1-2, **circular de cordón apretada**, meconio tres cruces, cefalohematoma, capurro de 41 semanas. **Fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con diagnóstico de asfixia perinatal severa, lo cual de acuerdo con el dictamen de la CCAMEM, era de esperarse por el tiempo de duración del período expulsivo, de alrededor de tres horas.**

²⁹ Ídem.

³⁰ Ídem.

³¹ El occipicio del feto se encuentra orientado al lado izquierdo de la madre y la cara mira al lado derecho.

³² Es una forma de dividir el estrecho superior de la pelvis materna, del inferior. Sirve para evaluar el descenso de la cabeza fetal durante la fase expulsiva del trabajo de parto. Los planos de Hodge son cuatro y unen puntos anatómicos trazando líneas rectas con base en el ecuador de la presentación fetal. El tercero es una línea paralela que pasa por las espinas ilíacas, corta al isquion y la tercera vértebra sacra. Cfr. Bonilla-Musoles, F. y Pellicer, A. *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas*, Madrid, Médica Panamericana, 2007, p. 160 y ss.



V2 fue atendido por el pediatra **SP9** quien lo encontró en paro cardiorrespiratorio, con circular de cordón apretado a cuello y bañado en meconio, una calificación en la escala de Apgar de 1 durante el primer minuto, mientras que a los cinco minutos, 2, de manera que tuvo necesidad de realizar maniobras avanzadas de reanimación, restableciéndose frecuencia cardiaca mayor de cien latidos por minuto. De la misma forma, le fue colocada cánula endotraqueal para mantener la vía aérea permeable, le dieron dos ciclos de presión positiva, realizándole laringoscopia directa con aspiración de abundante material meconial, razón por la cual le practicaron lavados y aspiración selectiva. Como resultado de las maniobras se pudo establecer frecuencia cardiaca pero no respiratoria, por lo que **V2** necesitó apoyo mecánico ventilatorio.

Ante las condiciones clínicas en que se encontraba **V2**, fue ingresado a la UCIN. Cabe señalar que los servidores públicos (**SP9** y **SP10**) que atendieron el parto hicieron mención de "lesiones asociadas a la vía del parto" pero en ningún momento las describieron.

El cuatro de julio de dos mil diecisiete a las dieciséis horas, la neonatóloga **SP26** verificó que **V2** presentaba datos clínicos de muerte cerebral, iniciándose protocolo para corroborarlo. Se realizó electroencefalograma que marcó trazo isoelectrico, confirmándose el diagnóstico de muerte cerebral. A las diecisiete horas con cuatro minutos **V2** continuó con bradicardia y presentó paro cardiorrespiratorio, lo que motivó la realización de maniobras avanzadas de reanimación, sin respuesta. La hora de defunción determinada fue dieciséis horas y **la causa de la muerte, asfixia perinatal severa.**

En cuanto a **V1**, durante dos días se efectuó vigilancia de puerperio. La agraviada fue dada de alta por mejoría el cinco de julio de dos mil diecisiete, recetándole antibiótico y analgésico, con cita abierta a urgencias.

Por lo antes planteado, incurrió en mala práctica médica el ginecólogo y obstetra **SPR**, en razón de que para favorecer el nacimiento de **V2** aplicó la maniobra de Kristeller, acción proscrita en la práctica médica, dados sus elevados riesgos y complicaciones para madre y feto. Además, porque no fue oportuna su decisión de solicitar el apoyo de las autoridades del Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", pues aun cuando no se contaba con instrumental quirúrgico para cesárea, compresas y haber tenido conocimiento de los problemas "para la extracción" de **V2**, negligentemente "esperó hasta que se cumplió la hora que marca la literatura médica vigente" para establecer que se trataba de un expulsivo prolongado y fue hasta ese momento en que pidió ayuda, aun sabiendo que en caso de requerirse no era factible interrumpir el embarazo por cesárea toda vez que se carecía de anestesiólogo, eso dio como resultado que el período expulsivo se extendiera aproximadamente por tres horas y que el recién nacido presentara asfixia severa, lo que motivó su fallecimiento.



Resulta pertinente señalar que **el personal médico del Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana" incumplió con lo establecido por la NOM-007-SSA-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida**, en virtud de que **no realizó un seguimiento adecuado en el partograma**. Asimismo, la normatividad dispone que en caso de que la madre requiera ser llevada a un establecimiento que proporcione mayor capacidad resolutive, se deberá valorar su **traslado oportuno y seguro**, lo cual no fue atendido. Adicionalmente, **se aplicó una maniobra proscrita durante el período expulsivo**, lo que acrecentó los riesgos para la madre y su hijo. De igual manera, en el presente caso se evidenciaron las **carencias de equipo médico** que presentó el Hospital Municipal de Tepetlixpa el día de los hechos, incumpliendo con lo dictado por la norma antes citada, que establece que:

[...] los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo [...]

De modo que, tal como expresa la CCAMEM, si el hospital del caso materia del presente documento de Recomendación carecía de equipo médico completo, **debió enviar oportunamente a la paciente a otra unidad hospitalaria** donde se tuvieran elementos suficientes para atenderla.

Además, en el caso de **V2 se careció de un diagnóstico que detectara la presencia de circular de cordón umbilical**, lo que le originó sufrimiento fetal y posteriormente la asfixia fetal severa que derivó en su fallecimiento.

Las víctimas en el presente asunto recibieron una atención médica que distó de ser diligente e integral, alejándose de parámetros globales accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en términos del debido cuidado que las instituciones públicas deben brindar a sus usuarios conforme a los medios de que disponen; determinable 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 también por la capacidad y la preparación de sus servidores públicos, lo que es fundamental para establecer si las dependencias cumplen con su función e inciden favorablemente en la vigencia de los derechos humanos de las personas.

Cabe acotar que durante 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.³³ Además, en el transcurso de dos mil dieciocho, este Organismo

³³ 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



emitió la Recomendación **7/2018**,³⁴ también relacionada con la aplicación de la maniobra de Kristeller en un nosocomio de la Secretaría de Salud de la entidad, hechos lamentables que dieron lugar al fallecimiento de un recién nacido.

Para el ombudsman estatal es de la mayor preocupación que pueda continuar empleándose en las instituciones de salud de la entidad, una maniobra extremadamente riesgosa para la integridad y la vida del binomio madre feto.

Con soporte en la evidencia objetiva reunida durante la documentación del expediente del asunto, se pudo corroborar sin duda que **SPR** incurrió en negligencia médica en perjuicio de **V1** y **V2**, dado que como profesional de la salud no recurrió a todos los medios y recursos a su disposición para otorgar una atención adecuada a las víctimas, y con ello garantizar su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se acredita con lo expuesto en líneas previas, concluyéndose la existencia de prácticas negligentes por parte del ginecoobstetra **SPR**, en la atención de **V1** y **V2**.

Las acciones y omisiones cometidas por el profesional de la salud del caso, traducidas en negligencia médica, contravinieron el respeto y la garantía de los derechos humanos del feto y su madre, atentando contra el derecho a la protección de la salud, e incidiendo directamente en sus derechos a la vida e integridad.

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*.³⁵

La Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene la fundamentalidad del derecho a la vida en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante Convención Americana), 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:

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.

³⁴ 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. Dentro del punto recomendatorio sexto de la referida pública se recomendó emitir un instrumento administrativo para dar a conocer en todas las instituciones que conforman la 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 feto, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller en la práctica médica, a efecto de que sea observada.

³⁵ 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 transdisciplinarietà y el Derecho Constitucional*, Caracas, Paredes editores, 2007.



El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.³⁶

La obligación negativa que tiene el Estado del respeto al derecho a la vida y a la integridad personal tiene su envés en la obligación positiva de adoptar todas las medidas necesarias para garantizarlos, de conformidad con su deber general estipulado en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

Con su proceder negligente, materializado en la suma de omisiones y acciones inadecuadas, **SPR** vulneró en perjuicio de **V1** y **V2**, el derecho fundamental a la protección de la salud, que originó violaciones a varios derechos humanos al ser complementarios e interdependientes entre sí; como el derecho a la vida, consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana; el derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana; 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 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 con los alcances e interpretación establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos;³⁷ tanto como el derecho a la salud reproductiva³⁸ y el propio 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".

³⁶ 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. Cfr. también: 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.

³⁷ Cfr. con la sentencia del caso Artavia Murillo vs. Costa Rica de noviembre de 2012.

³⁸ Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación N° 14 *Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4.



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.³⁹

La mujer tiene el derecho de recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo cual comprende el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.⁴⁰

La condición de especial vulnerabilidad de la mujer durante el parto hace que el trato ofensivo e irrespetuoso y la negligencia puedan tener consecuencias irremediables tanto para la madre como para el recién nacido, constituyéndose en violaciones de sus derechos fundamentales.⁴¹

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

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

Tal como se ha descrito con anticipación, el tres de julio de dos mil diecisiete, la quejosa (**V1**) se presentó al área de urgencias del Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", acompañada de su hermana y de su concubino, en razón de que tenía contracciones leves. Después de una primera evaluación por parte de médico general, a la espera de una revisión a cargo de ginecoobstetra, **dos enfermeras que se hallaban en el área se dedicaban, una a vender productos por catálogo (SP5) y la otra a comer frituras.**

V1 aguardó alrededor de dos horas y media para ser atendida por **SP2, quien en dos ocasiones y en forma grosera preguntó a la agraviada sus datos generales.** Acto seguido **SP2** realizó un tacto vaginal a **V1** informándole que tenía ocho centímetros de

³⁹ 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.

⁴⁰ Cfr. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (Declaración de la OMS), WHO/RHR/14.23 (2014).

⁴¹ Ídem.



dilatación. A continuación, **sin expresar nada más** se sentó, **dedicándose a platicar durante casi una hora** para posteriormente efectuar un nuevo tacto vaginal.

Tiempo después, **SP2** recibió llamada telefónica y fue entonces cuando refirió a las enfermeras presentes que tenía que irse, incluso una de las servidoras públicas le preguntó qué iba a hacer con la paciente: **"dejándome sola y sin atención médica"**, fue el sentir de **V1** plasmado en su escrito de queja.

V1 expresó haber sido atendida aproximadamente una hora y media después por **SP27** quien actuó de manera brusca, lastimándola al romper la fuente e introducir un espejo en su vagina. Posteriormente llegó otro médico, quien preguntó por el ginecólogo, lo que generó en la víctima **preocupación** por no saber quién la atendería.

Treinta minutos más tarde, una vez que los enfermeros le dijeron que pujara, **V1** fue nuevamente regañada por **SP27**, diciéndole que no ayudaba al no pujar; lo mismo que dijo **SP27** a su marido en la sala de espera, a modo de castigo.

Una vez trasladada a la sala de expulsión, ante las dificultades para el alumbramiento de **V2**, **SPR** efectuó la maniobra de Kristeller, lastimando a la madre y al feto, instantes en que ante el fracaso de la técnica, la víctima presenció la discusión entre médicos y enfermeros, sin que alguno de ellos le explicara lo que ocurría, situación que acrecentó la aflicción que la agraviada sentía.

Después, **V1** escuchó que el personal de salud habló de la necesidad de operarla pero que no había anesthesiólogo en el Hospital Municipal de Tepetlixpa por lo que hablaron telefónicamente al Hospital Materno Infantil Chalco "Josefa Ortiz de Domínguez" a fin de preguntar si la admitían en ese nosocomio para su atención. **V1** debió esperar alrededor de veinticinco minutos para el traslado.

Además de que el conductor de la ambulancia se perdió durante el trayecto al hospital de Chalco, **V1** fue regañada en el transcurso del viaje por **SP3**, médica asignada para el traslado, diciéndole que dejara de pujar porque su hijo tenía un chipote en la cabeza y "se había hecho del baño" dentro de ella. Asimismo, la enfermera **SP6** (que también fue designada para el traslado), dijo a la médica **SP3** que por eso debían quitar el Seguro Popular: "para ya no atender casos como el mío, también recuerdo que la misma enfermera le dijo a mi hermana que me convencieran de operarme para que ya no violencia tuviera hijos, porque yo no sabía ser madre [...]". No pasa desapercibido para este Organismo que el chofer de la ambulancia (**SP29**) en que se efectuó el envío de la paciente, **condicionó la llegada al hospital de Chalco, al pago de la gasolina**, lo que ante las circunstancias, tuvo que hacer **PR**, entregando la cantidad de ochocientos pesos.



A las veintitrés horas con once minutos del tres de julio de dos mil diecisiete, **V1** ingresó al Hospital Materno Infantil Chalco "Josefa Ortiz de Domínguez", durante este tiempo, **SP6** le refirió que todo lo que le pasara al feto sería culpa de **V1**.

Una vez ocurrido el parto, dado que el recién nacido no lloró, **V1** preguntó a los médicos qué sucedía, los servidores públicos informaron a la quejosa que su hijo iba mal desde el Hospital Municipal de Tepetlixpa, que había tragado líquido amniótico y le habían encontrado marcas en la cabeza por lo que le colocarían en una incubadora.

V1 fue trasladada a la sala de descanso, **donde no recibió más información**, sin tener idea clara de lo sucedido, para ser llevada posteriormente a piso. Fue a la hermana de la víctima (**PR**) a quien se informó la evolución de la salud de **V2**. Entre las once y doce horas del día cuatro de julio de dos mil diecisiete, **V1** fue informada del fallecimiento de su hijo, se la permitió verlo y al observarlo vio que se encontraba muy lastimado, especialmente de su cabeza; dijeron a la madre que su hijo había muerto por asfixia dentro de su útero: "por lo que se le habían formado los chipotes en su cabeza al tener una inflamación en el cerebro **y eso fue lo único que me informaron**".

En lo antes expuesto, se observa un conjunto de acciones y omisiones que configuran violencia obstétrica. Indiferencia ante la situación en que se encontraba la agraviada, desinterés por sus necesidades, fue víctima de *regaños*, de maltratos, se la llegó a culpabilizar por las dificultades que se presentaron en el parto, se tuvo nula consideración por su condición de parturienta, además de omisiones al no darle información durante la mayor parte del tiempo que recibió atención en el Hospital de Tepetlixpa (reconocida como violencia psicológica⁴²), también omitiéndose atender oportuna y eficazmente la emergencia que se presentó con su parto en dicho nosocomio, aplazándose la indispensable atención médica de urgencia, sin referirla oportunamente a otra institución hospitalaria, lo que generó miedo, angustia, preocupación, desánimo, así como sentimientos de indefensión, culpa, inseguridad, desconfianza, soledad y frustración en la víctima.

A esto debe añadirse la violencia física materializada mediante la ejecución de una maniobra proscrita de la práctica médica actual que originó sufrimiento físico en la madre y el feto. **Todo lo cual permite configurar violaciones a los derechos humanos de V1**, mediante la comisión de violencia obstétrica en su perjuicio. Violencia obstétrica que trasluce violencia de género en tanto manifestación de relaciones asimétricas de poder

⁴² 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 veinticuatro de enero de 2019).



que concurren entre los servidores públicos del caso y la víctima en su condición de mujer embarazada y en labor de parto.

La suma de acciones y omisiones del personal médico involucrado en los hechos contravino la obligación que tienen, en tanto servidores públicos, 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 víctima.⁴³

La deficiente 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 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 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, 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.

⁴³ 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.



En consecuencia se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **IV** apartado **A** de la Recomendación, la autoridad responsable, previo consentimiento de **V1**, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a la víctima la **atención médica, psicológica o tanatológica que corresponda**, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **IV** apartado **B** numeral **1** de la Pública, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Estado de México deberá remitir evidencia respecto a la inscripción de **V1**, al considerarse víctima de violaciones de derechos humanos, 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 tenga acceso a los derechos y garantías establecidos 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**, la misma deberá ser cubierta considerando lo descrito en el apartado **B.1**. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

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, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se remita por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, a efecto de que se inicie la respectiva carpeta de investigación. El escrito de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudo haber incurrido el médico gineco obstetra **SPR**, así como su compromiso de coadyuvar a la debida integración de la indagatoria.

CUARTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **IV** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar a **V1** una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluya el reconocimiento de los hechos, la cual será formalizada por el titular del Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la



Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, haciéndose llegar a esta Defensoría de Habitantes las evidencias de su materialización.

QUINTA. Como **medida de no repetición** estipulada en el punto **IV** apartado **D** número **1**, del documento de Recomendación, la autoridad responsable deberá implementar, **en un lapso que no exceda de treinta días** a partir de la aceptación de la Pública de mérito, en el Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", así como en el Hospital Materno Infantil Chalco "Josefa Ortiz de Domínguez", las circulares para instruir al personal de la salud especializado, 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, haciendo llegar las pruebas de su cumplimiento.

SEXTA. 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 como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de gineco obstetricia del Hospital Municipal de Tepetlixpa "Hermenegildo Galeana", así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto IV apartado D numeral 2 de la Recomendación.**