

Recomendación 28/2019
Guadalajara, Jalisco 8 de octubre de 2019

Asunto: Violación del derecho a la legalidad con relación al
derecho a la protección de la salud y a una vida libre de
violencia obstétrica por inadecuada atención médica
y la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Queja 8256/2017-I

Doctora María del Consuelo Robles Sierra
Directora del OPD Servicios de Salud Jalisco¹

- I. Con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º párrafos primero, segundo, tercero, cuarto y quinto de la Constitución Política del Estado de Jalisco, 3, 4, 7, 49, 70 y 73 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, 6 párrafo primero, 11, 43, 78, 109 y 119 de su Reglamento Interno, la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco es la instancia competente para conocer de quejas por presuntas violaciones de derechos humanos cometidas por autoridades o servidores públicos del Estado de Jalisco, así como para emitir medidas precautorias y cautelares, conciliaciones y recomendaciones en contra de estos servidores públicos o autoridades en los términos de la ley.
- II. Interno de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco; 4.1 fracciones V y VI, 20.1, 21, 25 fracción XV, 26.1 fracción IV y 60 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, así como los artículos 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
- III. Para una mejor comprensión de las versiones públicas, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas

¹ La presente Recomendación se refiere a hechos ocurridos en la anterior administración, pero se dirige a la actual autoridad atendiendo a la responsabilidad institucional que subsiste al margen de quienes ejerzan los cargos públicos, ya que el deber de reparar integralmente el daño es de los Estados y sus gobiernos.

involucradas en los hechos, y en lo referente a las diversas instituciones y ordenamientos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse son los siguientes:

Acrónimos Recomendación 28/2019

| Versión Pública | Acrónimo |
|--------------------|----------|
| Victima | (V1) |
| Hospital | (HGO) |
| Secretaria | (SSJ) |
| Correo Electrónico | (CE) |

Síntesis

En noviembre de 2017, la agraviada (V1) fue víctima de violación de su derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica, debido a que el personal del (HGO)(HGO), que tenía a cargo su caso, no le proporcionó la debida atención y cuidados cuando se encontraba en trabajo de parto, pues se omitió realizar estrecha vigilancia del binomio materno-fetal, como lo dicta la normativa, lo que derivó en la pérdida del nonato de la gestación.

De las investigaciones practicadas por este organismo se evidenció que la falta de vigilancia antes mencionada se debió a que el servicio de ginecología y obstetricia del HGO se quedó sin médicos adscritos durante una hora, toda vez que a los que estaban de turno les fue autorizado un pase de salida que les permitió retirarse antes de que terminara su horario.

Índice

| | | |
|------|---|----|
| I. | Antecedentes y hechos..... | 3 |
| II. | Evidencias..... | 34 |
| III. | Fundamentación y motivación..... | 36 |
| | 1. Competencia..... | 36 |
| | 2. Planteamiento inicial del problema..... | 37 |
| | 2.1 Hipótesis..... | 37 |
| | 3. Estándar legal mínimo | |
| | 3.1 Principios que deben guiar los profesionales de la salud..... | 38 |
| | 3.1.1 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos..... | 40 |
| | 3.1.2 Especiales para la atención del embarazo, parto y puerperio..... | 41 |
| | 3.2 La obligación de garantizar el derecho a la salud..... | 42 |
| | 3.2.1 La obligación general de garantizar la salud..... | 42 |
| | 3.2.2 La obligación de garantizar el derecho a la atención materno-fetal..... | 43 |
| | 3.2.2.1 De la violencia institucional..... | 46 |
| | 3.2.2.2 De la violencia obstétrica..... | 47 |
| | 4. Análisis normativo del caso..... | 49 |
| | 4.1 Desarrollo de las hipótesis | 50 |
| | 4.1.1 Primera hipótesis..... | 50 |
| | 4.1.2 Segunda hipótesis..... | 53 |
| | 4.2 De los derechos humanos violados..... | 56 |
| | 4.2.1 Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública..... | 56 |
| | 4.2.2 Derecho a la protección de la salud..... | 58 |
| | 4.2.3 Derecho a una vida libre de violencia obstétrica..... | 64 |
| | 4.2.4 Derecho a la integridad personal..... | 65 |
| IV. | Análisis contextual..... | 66 |
| V. | Del reconocimiento de calidad de víctima y reparación del daño | |
| | 1. Reconocimiento de calidad de víctima..... | 67 |

| | |
|--|----|
| 2. Reparación de daño..... | 67 |
| VI. Conclusiones, recomendaciones y peticiones | |
| 1. Conclusiones..... | 72 |
| 2. Recomendaciones..... | 73 |

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 16 de noviembre de 2017 se recibió en esta Comisión la inconformidad que por comparecencia presentó (V1), en contra de quien resultara responsable del personal de urgencias de Ginecología del (HGO) de la (SSJ); ella consideró que, con su conducta, incurrieron en violaciones de sus derechos humanos, con base en la siguiente narración de hechos:

El motivo de mi presencia en este organismo es para presentar queja a mi favor, por actos que considero violatorios de mis derechos humanos, atribuibles a personal médico y de enfermería que resulte responsable del área de urgencias de Ginecología del (HGO)(Zoquiapan) de la (SSJ); así como servidores públicos que resulten responsables de la propia institución; lo anterior debido a que el 12 de noviembre del año en curso, como a las 22:00 horas, ingresé al área de urgencias con un trabajo de parto por un embarazo de 39 semanas y me dejaron esperando media hora en la antesala y luego me pasaron a un ultrasonido y me tomaron signos vitales y los del bebé; no obstante que ya traía trabajo de parto los médicos que me atendieron me dijeron que me fuera a mi casa a descansar y regresara en tres días, pero como yo me sentía mal y tenía muchas contracciones desde aproximadamente doce horas antes, además que vivo hasta Tlajomulco, decidí esperar pero me hicieron firmar un alta el médico de guardia y me dijo que si quería esperar ellos no me iban a atender hasta tres días después. Decidí seguir esperando en el hospital y me sacaron a la sala de espera donde a las dos horas comencé a sentirme muy mal, me daban más contracciones y me pasaron nuevamente, pero ya no me hicieron ultrasonido, les comenté que ya sentía las manos entumidas y un fuerte dolor de cabeza, pero la enfermera que me recibió me dijo que no era nada y que yo sola lo estaba provocando con mi respiración; la enfermera me checó las contracciones y me dijo que no era el tiempo que deberían de durar; me sacaron sangre y la extraviaron; me sacaron nuevamente a la sala de espera y no quisieron monitorear al bebé. Al siguiente día como a las 4:00 horas, me pasaron por tercera ocasión a revisión porque yo les dije que me sentía muy mal y gritaba de dolor. Me dijeron que todavía no tenía la dilatación y yo les comenté que se trataba de un segundo parto y por la estrechez ya tenía antecedente de una cesárea, pero los médicos insistieron que me fuera a mi casa y por segunda ocasión ya no quisieron monitorear al bebé. Me sacaron otra vez a la sala de espera y yo ya no aguantaba el dolor y comencé a tener sangrado mayor al de la regla; toqué a la puerta de los médicos para

pedirles ayuda y me dijeron que eso era normal y que me fuera a caminar sin decirme cuanto tiempo. Mi mamá se enojó mucho y había muchos testigos, comenzó a decirles a los médicos que si no me atendían los iba a demandar e incluso como a las cinco de la mañana mi mamá se dirigió a la subdirección médica pero no encontró a la encargada porque supuestamente estaba atendiendo una cesárea. Fue hasta como las 6:00 horas del día 13 de noviembre del 2017, que por fin me pasaron a urgencias pero no me atendieron, les decía que traía hemorragia y contracciones pero no hicieron nada, sólo se me acercó un médico muy joven como de 25 años con lentes y una filipina roja, quien me dijo que me habían pasado solo porque mi mamá estaba amenazando con demandarlo y que de por sí el hospital ya tenía muchas demandas, que me iban a dejar sólo en observación hasta el cambio de turno y sólo me pusieron un suero pero nunca monitorearon al bebé, solo a una mujer que estaba aún lado la monitoreaban y a la de la voz no. Como a las 8:00 horas, me pasaron a una antesala de cirugía y fue hasta en ese momento que entró el otro turno de médicos y enfermeras que sí me atendieron bien, pero fue demasiado tarde ya que se dieron cuenta que el bebé ya no tenía signos vitales y de inmediato me practicaron un ultrasonido para corroborarlo, por la forma negligente que me atendieron perdí a mi bebé y por ello solicito que mi queja se investigue y se proceda como legalmente corresponde.

2. El 29 de noviembre de 2017 se admitió la queja y se solicitó al director general del HGO que proporcionara los nombres de los servidores públicos involucrados y por su conducto los requiriera para que rindieran sus informes de ley. Asimismo, se le pidió que remitiera copia certificada del expediente clínico de la paciente (V1).

3. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de Maximiliano Ponce Martínez , médico adscrito especialista en ginecología y obstetricia del HGO, mediante el cual remitió el informe que esta Comisión le requirió, en el que, con relación a lo que aquí se investiga, asentó:

[...]

En primer lugar y de manera rotunda quiero manifestar que mi participación es adecuada, toda vez que se actuó apegado a la Lex Artis Médica que rige mi profesión y se veló por la salud de la paciente (V1), sin que en ningún momento se haya violentado algún derecho humano.

Se trata de paciente de 23 años de edad cursando su segundo embarazo de término con antecedentes de una cesárea previa sin presentar periodo intergenésico corto, ingresó al área de toco cirugía por presentar trabajo de parto.

Mi intervención inicia el día 13 de noviembre de 2017 durante el turno matutino en el área de toco- cirugía, donde me informaron que una paciente que ingresó contaba con trabajo de parto, pero no se encontraban signos vitales del producto, por lo que

procedí a corroborar el diagnóstico de óbito a través de ultrasonido y una vez que lo confirmé le expliqué a la paciente que su bebé había fallecido, sin embargo, había que evacuarlo del útero. Una vez que contaba con borramiento y dilatación completa se pasó a sala de expulsión donde se llevó cabo un parto vaginal sin complicaciones, incidentes o accidentes.

Por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis en materia médica, por el contrario, siempre cumplí y he cumplido en todo momento con los protocolos médicos para salvaguardar la salud de la paciente.

En tales consideraciones, niego rotundamente cualquier responsabilidad que obre en mi contra, o hechos que, en lo particular, se me pretendan imputar, desconociendo el motivo por el cual, la ahora quejosa, pretende generar un perjuicio a mi persona, cuando en todo momento se actuó conforme a los protocolos médicos.

[...]

4. El 8 de enero de 2018, se recibió el escrito de Juan Alfonso Vicenteño García, médico adscrito especialista en ginecología y obstetricia, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que, con relación a su actuar en el presente caso, dijo:

[...]

Se trata de paciente de 23 años de edad cursando su segundo embarazo de término con antecedente de una cesárea previa sin presentar periodo intergenésico corto, acudió al área del urgencias el día 12 de noviembre de 2017 a las 22:00 horas aproximadamente, refiriendo dolor de parto, cabe aclarar que la paciente iniciaba con contracciones uterinas denominadas fase latente de trabajo de parto que se caracteriza por contracciones irregulares e inician los cambios cervicales, por lo que se le realizó una revisión completa con un rastreo ultrasonográfico para determinar el bienestar del producto además de verificar que la paciente se encontrara en buenas condiciones, lo cual se corroboró, por lo que la recomendación fue no hospitalizarla para evitar intervenciones innecesarias y dejar que el trabajo de parto continuara de manera espontánea, lo cual se le explicó a la paciente, incluso se le mencionó que podrían pasar varias horas para que éste se regularizara, por lo que se le otorga un alta diferida con seguimiento ambulatorio y se le explicaron los datos de alarma, por lo que resulta falso que se le enviara de regreso a su casa y se le dijera que regresara en 72 horas, cabe aclarar que se firma la nota para comprobar que se le dio esta explicación, ya que no constituye un alta real del servicio y ella permaneció en la sala de urgencias.

En el servicio nos encontramos 3 médicos adscritos, los cuales revisamos a las diferentes pacientes, cabe señalar que no contamos con equipos de monitorización cardiotocográfica funcionales y se le da prioridad a pacientes con datos de alarma, en las revisiones subsecuentes la paciente se encontraba estable, el producto presentaba signos vitales estables, y no cumplía aun con los criterios de hospitalización hasta alrededor de las 6:00 de la mañana cuando presentaba una dilatación adecuada, regularización de las contracciones y cambios cervicales suficientes, además de contar una pelvis útil por lo que al no tener contraindicación alguna se ingresa para prueba de trabajo de parto, personalmente corroboré los signos vitales del producto quien en ese momento contaba con 149 latidos por minuto, siendo esta la última vez que tuve conocimiento de la paciente ya que por cuestiones personales solicité un pase de salida, la paciente ingresó y quedó bajo vigilancia del personal médico y de enfermería del área de toco cirugía.

Lo manifestado fue la única intervención que el suscrito realicé a la paciente, y de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a la Lex Artis que rige mi profesión, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1).

[...]

5. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, médica adscrita especialista en ginecología y obstetricia, mediante el cual remitió el informe que esta Comisión le requirió, en el que negó haber violado derechos humanos de la persona inconforme y en relación con los hechos en los que intervino con el asunto que aquí se investiga, mencionó:

[...]

Mi única participación fue un día después del parto ya que pasé visita en el área de puerperio donde se encontraba internada, encontrándola en condiciones adecuadas, cabe señalar que de acuerdo a los antecedentes le prescribí analgésicos, hematínicos, supresores de lactancia y la envié a psicología para manejo integral del duelo.

Lo manifestado fue la única intervención que la suscrita realicé a la paciente, y de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a la Lex Artis que rige mi profesión, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1).

[...]

6. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de María de Carmen González Hernández, médica adscrita especialista en ginecología y obstetricia, mediante

el cual remite el informe que esta defensoría le requirió, en el que con relación a los hechos que aquí se investigan manifestó:

[...]

En primer lugar y de manera rotunda quiero manifestar que mi único contacto con la paciente fue agregar una indicación en el momento del ingreso adicional a las indicaciones que ya tenía.

Deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1).

[...]

7. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de José Rodolfo Escamilla Cabrera , médico residente del servicio de ginecología y obstetricia, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que, con relación a los hechos relativos a la paciente (V1), asentó:

[...]

Se trata de paciente de 23 años de edad cursando su segundo embarazo de 38.4 semanas de gestación con antecedente de una cesárea previa sin presentar periodo intergenésico corto, acudió al área del urgencias el día 12 de noviembre de 2017 a las 22 horas aproximadamente, refiriendo dolor de parto, la paciente iniciaba contracciones uterinas denominadas fase latente de trabajo de parto que se caracteriza por contracciones irregulares e inicio de los cambios cervicales, por lo que se le realizó una revisión completa que incluye signos vitales, rastreo ultrasonográfico, tacto vaginal, exploración del abdomen para determinar el bienestar del producto además de verificar que la paciente se encontrara en buenas condiciones lo cual se corroboró, por lo que la recomendación fue no hospitalizarla para evitar intervenciones innecesarias y dejar que el trabajo de parto continuara de manera espontánea, lo cual se le explicó a la paciente, incluso se le mencionó que podrían pasar varias horas para que éste se regularizara, se le otorgó un alta diferida con seguimiento ambulatorio y se le explicaron los datos de alarma, por lo que resulta falso que se enviara a su domicilio o que se le giraran instrucciones para regresar en 72 como está narrando la quejosa.

Durante esa noche se tuvieron dos revisiones más una a las 2 de la mañana y otra a las 4 horas donde se revisaron nuevamente los signos vitales y progresión del trabajo de parto, al no encontrarse aún en fase activa se mantiene el alta diferida con seguimiento ambulatorio.

A las 6 de la mañana se revisa nuevamente a la paciente encontrándola con datos de trabajo de parto en fase activa, por lo que nuevamente se corrobora el bienestar de la

madre y del feto, y por instrucciones del médico tratante se inicia el trámite para su ingreso al área de tococirugía para resolución del embarazo.

[...]

En el caso que nos ocupa mi actuar es el adecuado, ya que lo único que hice fue llevar a cabo mis funciones como médico residente del servicio de Ginecología y Obstetricia, debiendo aclarar que como médico residente no puedo tomar decisiones de manera unilateral, pues estoy bajo la supervisión de los médicos adscritos y los auxilio en los diferentes procedimientos.

[...]

8. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de (EG), enfermera general, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que, en lo relativo a la atención a (V1), asentó:

[...]

Mi única intervención ocurrió el día 13 de noviembre de 2017 cuando se ingresó a hospitalización en tococirugía, donde le aperturé la hoja de enfermería, le tomé los signos vitales y le brindé los cuidados generales de enfermería conforme a las indicaciones médicas, de ello se puede apreciar que no existe alguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrita, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

9. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de Karla Alejandra Leal Sánchez, enfermera general, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que asentó:

[...]

Mi única intervención ocurrió en el postparto en el área de recuperación donde le brindé los cuidados generales de enfermería y se trasladó en poco tiempo al servicio de ginecología, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalaria.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrito, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

10. El 8 de enero de 2018 se recibió el escrito de María Esther Ordoñez Vizcarra, médica cirujana y partera, especialista en ginecología y obstetricia, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que asentó:

[...]

Mi única intervención ocurrió el día 13 de noviembre de 2017, una vez que el médico de turno determinó el ingreso a hospitalización en tococirugía, por lo que inicié con el trámite administrativo de anotarla en la bitácora, ponerle una pulsera de identificación, proporcionarle bata y hacer la ficha de identificación, para que pudiera pasar a la sala, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

[...]

11. El 9 de enero de 2018 se recibió el escrito de Marisol Valle Correa, médico cirujano y partero, especialista en ginecología y obstetricia, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que aseguró:

[...]

Se otorga atención médica por parte de urgencias a la paciente (V1), de 23 años de edad la cual acude a valoración al (HGO) el día 12 de noviembre del 2017 a las 22:15 horas, con el siguiente diagnóstico: Gesta número 2, Cesárea 1 (con un antigüedad de 5 años) Embarazo de 38.4 semanas de gestación, trabajo de parto inicial, razón por la cual, se realiza un ultrasonido de primer nivel (no es posible realizar otro tipo pues el equipo de ultrasonido se encuentra en condiciones poco favorables y no se cuenta con tococardiógrafo para realizar monitorización) y se encuentra un producto único, vivo, longitudinal, cefálico, con dorso a la derecha, con frecuencia cardíaca fetal de 148 pulsaciones por minuto, con peso adecuado según el tiempo de gesta.

Placenta fúndica grado II (sin patología aparente) y con líquido amniótico en cantidad adecuada. Se realiza exploración física con signos vitales estables tensión

arterial 120/70, frecuencia cardiaca 84 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria 20, temperatura corporal de 36.5, con 1cm dilatación y 70% borramiento, pelvis apta para parto vaginal, con 1 contracción cada 10 min, de baja intensidad, por lo que, en conjunto con mis dos compañeros de guardia, y al no tener en ese momento criterios para su ingreso, se decide que la paciente puede ir a descansar a su domicilio hasta iniciar con un trabajo de parto regular. Se explican detalladamente los datos de alarma obstétrica y la paciente firma de la atención y datos de alarma recibidos.

La paciente acude nuevamente a valoración el día 13 de noviembre a las 2:20 horas, de acuerdo a la información que consta en el partograma, se encuentran signos vitales estables 110/74, frecuencia cardiaca 85, temperatura de 36.2 C, frecuencia cardiaca fetal de 136 pulsaciones por minuto, 1cm de dilatación, 70% borramiento, aún con 1 contracción cada 10 minutos, de leve intensidad, se cita para valoración en 2 horas.

A las 4:00 horas del día 13 de noviembre se valora por tercera ocasión encontrando signos vitales estables, frecuencia cardiaca de 79 pulsaciones por minuto, tensión arterial de 113/68, temperatura corporal de 36.4 C, frecuencia cardiaca fetal de 134 pulsaciones por minuto, con 2 cm dilatación y 80% borramiento. Presenta 2 contracciones cada 10 min, se cita para valoración en 2 hrs.

A las 6:20 horas del 13 de noviembre, acude nuevamente a valoración presentando signos vitales estables, con tensión arterial 118/78, frecuencia cardiaca 90 pulsaciones por minuto, temperatura 36.5 C, frecuencia cardiaca fetal 149 pulsaciones por minuto, con actividad uterina regular, 3 contracciones cada 10 minutos, orientada, abdomen globoso a expensas de útero grávido, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecho, con frecuencia cardiaca fetal 149 pulsaciones por minuto, al tacto vaginal; pelvis apta, cérvix anterior, 5 cm dilatación 90% borramiento, estación +1, tarnier y valsalva negativos, amnios íntegro y abombado por lo que, al contar con las condiciones necesarias, se decide su ingreso para su atención en Tococirugía.

Este es el último contacto que tengo con la paciente, mi salida de guardia es autorizada por un pase de salida a las 6:30 horas, cabe mencionar que, con respecto a la queja de la paciente donde señala: “yo les comenté que se trataba de un segundo parto y por la estrechez ya tenía yo un antecedente de cesaría” (sic). Al momento de su ingreso la paciente menciona que la causa de la cesárea previa fue un trabajo de parto prolongado.

[...]

12. El 9 de enero de 2018 se recibió el escrito de Rosa Leticia Mendoza Diaz, enfermera general, mediante el cual remite el informe que esta Comisión le requirió, en el que asentó:

[...]

Mi única intervención ocurrió en el postparto en el servicio de ginecoobstetricia donde le tomé los signos vitales, le expliqué los medicamentos y soluciones conforme a las indicaciones médicas y le brindé los cuidados generales de enfermería, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrita, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

13. El 10 de enero de 2018 se recibió el oficio 07/2018, por el que el entonces director del HGO remitió copia certificada del expediente clínico 616788 de (V1), del que se advierte lo siguiente:

a) **Partograma del 12 de noviembre de 2017, sin hora de realización, firmado por los doctores Juan Alfonso Vicenteño García, Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, Alma Karina García Padilla. Ubicado en la hoja 9, en el que se lee lo siguiente:**

Diagnóstico: G2 C1 + embarazo 38.4 SDG x FUM + trabajo de parto inicial.
Otras condiciones de ingreso: CUVICDD FCF 148, ICA adecuado, PF GII, peso adecuado.

| Fecha | | 13/11/17 | | | | | |
|---------------------------|--|----------|------|----------|------|-------------|-------|
| 12/11/17 | | | | | | | |
| Hora | | 22:15 | 2:20 | 4:00 | 6:20 | 7:45 | 8:05 |
| Frecuencia cardíaca fetal | | 148 | 136 | 134 | 149 | Pasa a toco | |
| Latidos | | | | | | | |
| Fecha | | 12/11/17 | | 13/11/17 | | | |
| Dilatación en cm | | 22:15 | 2:20 | 4:00 | 6:20 | Pasa a toco | 7:45 |
| 10 | | | | | | | 90% |
| 9 | | | | | | | ----- |

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|--|--|--|
| 8 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 6 | | | | 90% | | | |
| 5 | | | | ----- | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 3 | | 70% | 80% | | | | |
| 2 | 70% | ----- | ----- | | | | |
| 1 | ----- | | | | | | |

b) Nota de ingreso urgencias G y O, el 13 de noviembre de 2017 a las 6:22 horas, firmado por los doctores Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, Juan Alfonso Vicenteño García, Alma Karina García Padilla MA, Escamilla R1. Ubicado en la hoja 10:

PEPA: paciente refiere dolor abdominal tipo cólico, compatible con actividad uterina, niega cefalea, datos de encefalopatía hipertensiva, datos de vasoespasmo, y pérdidas transvaginales. Cinética fetal presente.

[...]

APP: niega enfermedades crónico degenerativas, niega enfermedades infecto contagiosas, fracturas negada, hospitalizaciones por eventos obstétricos previos y colecistectomía hace 5 años, alergias negadas.

IVSA 16 años, 5 parejas sexuales, pareja actual, 32 años, sano aparentemente, ETS: VPH. Citología cervical: ultimo realizado hace 1 año. Gesta 2 C1 FUM: 15.02.2017 (38.4 por FUM).

Exploración física: paciente consiente, ubicada en las 3 esferas de conciencia, campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de estertores o sibilancias, precordio rítmico. Abdomen globoso a expensas de útero grávido, útero ocupado por CUV, longitudinal, cefálico, dorso derecho, con frecuencia cardiaca fetal de 149 ipm, al tacto vaginal cavidad eutérmica cérvix anterior, 5cm de dilatación y 90% de borramiento, estación + 1. Tarnier y Valsalva (-) membranas integras y abombadas.

Extremidades inferiores sin datos de insuficiencia venosa, llenado capital de 2 segundos, reflejos osteotendinosos normales, no se aprecia adema maleolar.

Exploración ecográfica: CUVLCDD, ILA: adecuado a edad gestacional, PF GII, PESO: adecuado a edad gestacional, FCF: 149 LPM.

DX: Gesta 2 C1 + embarazo término temprano (38.4 por FUM) + trabajo de parto en fase activa.

ANALISIS: paciente secundigesta con signos vitales dentro de parámetros normales, presenta actividad uterina regular, bishop favorable y pelvis clínicamente apta, por lo que se ingresa para conducción de trabajo de parto, así como para monitorización materna fetal y atención obstétrica oportuna de acuerdo a evolución. Se cruzan paquetes globulares y se toma BH y tiempos de coagulación

PLAN: atención obstétrica oportuna según evolución, recabar laboratoriales, monitorización materno fetal, pasa a toco cirugía.

c) Ingreso a tococirugía, el 13 de noviembre de 2017 a las 7:45 horas, firmado por el doctor Maximiliano Ponce Martínez . Ubicado en la hoja 10:

Paciente femenina de 23 años que ingresa con Dx de G2C1 + emb. de 38.4 SDG x FUM + trabajo de parto en fase activa

S: refiere dinámica uterina constante. Niega datos de vasoespasmos y pérdidas vaginales.

O: TA: 120/70 FC: 82 FR: 19 TEMP: 36.1 FCF no perceptible x min DxTx.

A la exploración física paciente consciente con buen estado de hidratación y coloración, cráneo normocéfalo, cuello cilíndrico tórax normal con campos pulmonares bien ventilados área cardíaca rítmica, abdomen globoso, chausier negativo, con FUVLCDD, FCF no audibles con estetoscopio ni fetoner, dinámica uterina (palpable), genitales con cavidad eutérmica, cérvix central, 9cm dilatación, 90% borramiento, blando, estación +1, amnios abombados, el cual presenta rotura a la exploración observando líquido meconial, MsPs pulsos (+) godette (+) ROST normales.

A: Al no detectar frecuencia cardíaca fetal se pasa inmediatamente a transfer y se realiza ultrasonido para realizar rastreo en busca de datos de vitalidad fetal encontrando ausencia de la misma como ausencia de tono y actitud fetal, además de área cardíaca sin latido del mismo. Posteriormente se informa a la paciente la pérdida de la vitalidad fetal y se pasa a atención del parto.

P: atención el parto

Idx: G2C1 + emb. De 38.4 SDG x FUM + trabajo de parto en fase activa + óbito fetal.

13 de noviembre del 2017 a las 9:45

Se pasa paciente femenina con trabajo de parto en fase expulsiva a sala de expulsivo con dilatación y borramiento completos, se coloca en posición de litotomía, se realiza asepsia y antisepsia, se cubre con campos estériles y se drena vejiga con Sonda Nelaton....

d) Registro de atención en enfermería servicio de tococirugía, el 13 de noviembre de 2017 a las 6:00 am, firmado por los enfermeros (EG), Jorge Guisar y María Cárdenas, ubicado en la hoja 19:

Se recibe paciente con 38.5 SDG en trabajo de parto latente.

Se registró que se aplicó solución fisiológica 1000 p/8 horas

e) Solicitud de internación, el 13 de noviembre de 2017. Ubicado en la hoja 27:

Procedencia: Urg. G y O

Registro: 616788

Diagnostico principal: Embarazo 38.4 SDG.

Bienestar fetal.

f) Hoja de hospitalización del 13 de noviembre de 2017, firmada por la médica Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, de ginecología y obstetricia, ubicado en la hoja 3, en la que asentaron lo que a continuación se menciona:

Afección Principal: Embarazo de 38.4 sdg por FUM

Primera: TPFA

Segunda: G2 C1

Procedimiento diagnóstico: parto único vaginal, episiorrafia 2do grado.

Datos del producto: peso al nacer 2300 gramos; femenino; muerte fetal; y muerto como condición del nacido vivo al egresar de la madre.

g) Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, el 13 de noviembre de 2017, firmado por la paciente, ubicado en la hoja 6:

Pronostico preoperatorio: G2 C1 + Embarazo de 38.4 trabajo de parto fase activa.

h) Nota de alta médica del 13 de noviembre de 2017 a las 04:07 horas, firmada por la doctora Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, ubicado en la hoja 4:

Fecha y hora de ingreso hospitalario: 13.11.17, 03:31 HRS Servicio: Piso Ginecología, Cama 236. Dx de ingreso (principal y secundario): G2 C1 EMB término temprano 38.4 SDG por FUM trabajo de parto en fase activa.

Fecha y hora de egreso hospitalario: 14.11.17 12:00 HRS, días de estancia hospitalaria: 1, Dx G2 C1 P1 parto único vaginal puerperio inmediato no complicado episiorrafia de 2do grado.

Motivo de egreso: mejoría

Evolución y estado actual: actualmente se refiere asintomática, tolerando vía oral, diuresis y evacuaciones presentes, deambulando sin datos de vasoespasmo.

Consiente, hidratada, adecuada coloración, de piel y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen con peristalsis presente, blando, depresible, no doloroso a la palpación, superficial ni profunda, no datos de irritación peritoneal, útero con adecuada involución, al tacto vaginal con cavidad eutérmica, con sangrado leve sin textiles, extremidades integra, sin edema resto sin alteraciones.

Manejo hospitalario:

Laboratoriales 13/11/17 dentro de los parámetros normales

Atención al parto 13/11/17

Pronóstico: reservado a evolución

Plan de manejo y tratamiento:

Alta por mejoría

Paracetamol tabletas 500 Mg cada 8 horas por 5 días

Sulfato ferroso tabletas 1 cada 24 hrs por 2 meses

Calcio diluir 1 cada 24 horas durante la lactancia.

i) Carta de consentimiento informado para la realización de procedimientos médicos quirúrgicos con fines de diagnóstico terapéutico y rehabilitación, firmada por la paciente (V1), sin fecha de suscripción, mediante la cual asentó la médico tratante Marisol Valle Corraque la inconforme tenía un embarazo de 38.4 semanas de gestación y que sería internada para el proceso de hospitalización y parto, se hizo constar que se le explicó a su entera satisfacción que el procedimiento tenía riesgo de hemorragia, infección, sepsis, shock, muerte.

j) Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y componentes sanguíneos del 13 de noviembre de 2019.

k) Nota de ingreso urgencias ginecología y obstetricia, realizada el 13 de noviembre de 2017 por los doctores Mitzuko Zenteno Flores, Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, Maximiliano Ponce Martínez Juan Alfonso Vicenteño García, Alma Karina García Padilla MA, R1 y Rodríguez, ubicado en la hoja 8:

13.11.17 a las 9:45 horas

G2 C1 P1

Parto único vaginal

Puerperio inmediato no complicado
Episiorrafia 2do grado

14.11.17 a las 2:00 horas
Alta por mejoría

14.11.17 a las 12:10 horas
APEO: previa consejería solo acepta y solicita inyectable bimensual se aplica posparto.

l) Certificado de la muerte fetal, el 13 de noviembre de 2017 a las 8:15 horas.

Causas de muerte fetal: Interrupción de la circulación feto placentaria

14. El 12 de enero de 2018 se recibió el escrito de Marisol Valle Correa, médica adscrita especialista en ginecología y obstetricia, mediante el cual remitió el informe que esta Comisión le requirió, en el que, con relación a la atención de (V1), asentó:

[...]

En primer lugar y de manera rotunda quiero manifestar que no recuerdo haber tenido ningún contacto con la paciente (V1), ya que ella tuvo todas las valoraciones en el área de urgencias ginecología mientras que yo me encontraba en el área de tococirugía, sin embargo, por cuestiones administrativas los residentes y becarios ponen los nombres de los médicos adscritos en el turno, pero reitero yo nunca tuve contacto con (V1) ya que ella ya contaba con un médico a su cargo que estaba vigilándola en otra área.

[...]

15. El 12 de enero de 2018 se recibió el escrito de Liliana Ornelas Lomelí, enfermera general, por el que remitió el informe que esta Comisión le requirió, en el que dijo:

[...]

Mi única intervención ocurrió en el postparto donde le tomé los signos vitales, le apliqué los medicamentos y soluciones conforme a las indicaciones médicas, le brindé los cuidados generales de enfermería, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrita, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi

persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

16. El 12 de enero de 2018 se recibió el escrito de María Cárdenas , enfermera general, mediante el cual remitió el informe que esta Comisión le requirió, en el que aseguró lo siguiente:

[...]

Mi única intervención ocurrió el día 13 noviembre de 2017 en el área de tococirugía donde por indicaciones médicas le suministré medicamentos y soluciones, la paciente se encontraba en trabajo de parto, por lo que se le preguntaron datos de alarma, los cuales negó, se mantuvo estable durante mi turno y posteriormente pasó a sala de expulsión, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrita, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

17. El 12 de enero de 2018 se recibió el escrito de Ana Silvia López Solís, enfermera general, mediante el cual rindió el informe que esta Comisión le requirió, en el que asentó:

[...]

Mi única intervención ocurrió el día 13 noviembre de 2017 donde le tomé los signos vitales, le expliqué los medicamentos y soluciones conforme a las indicaciones médicos y le brindé los cuidados generales de enfermería, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar a la suscrita, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión

debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis.

[...]

18. El 16 de enero de 2018 se elaboró constancia, en la que personal de este organismo dio fe que se presentó ante este organismo (V1), por lo cual se anotó lo siguiente:

La inconforme se encuentra presente en este organismo para conocer el trámite de su queja y proporcionar copia simple de la nota de alta médica de la división Ginecológica y Obstétrica, certificado de muerte fetal, oficio de carpeta de investigación 120525/2017. Así mismo, manifestó que cuenta con testigos que estuvieron presentes en el (HGO) cuando empezó a tener un sangrado abundante, y que personal de dicho nosocomio no atendió dicha situación, por lo que, una vez que se abra el periodo probatorio y se le señale fecha los presentará a esta defensoría para que declaren con relación con relación a los hechos. Se informa a la compareciente el estado actual que guarda el expediente de queja, así como se le orientó respecto a las acciones que puede emprender ante otras instancias para hacer valer sus derechos, como es demandar por la responsabilidad civil objetiva, presentar y dar seguimiento de la denuncia correspondiente como ya lo hizo, siendo esta la carpeta de investigación número 120525/2017. En este omento la quejosa (V1) proporciona su correo electrónico para recibir notificaciones siendo esto: [\(CE\)](#).

19. El 16 enero de 2018 se solicitó apoyo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas Jalisco, para que se le brinde la ayuda, asistencia y atención integral a (V1) que requiere.

20. El 19 de enero de 2018 se recibió el escrito de Eduardo Jiménez, médico residente del servicio de ginecología y obstetricia, mediante el cual rindió el informe que esta Comisión le requirió, en el que, respecto a la atención de (V1), asentó:

[...]

Se trata de paciente de 23 años de edad cursando su segundo embarazo de 38.4 semanas de gestación con antecedentes de una cesárea previa sin presentar periodo intergenésico corto, la cual ingreso al área de toco cirugía para la atención del parto.

Mi única intervención ocurrió en la valoración inicial a su ingreso al área de toco cirugía en donde ya no se detectó actividad cardiaca del producto por lo que de manera inmediata solicité la notificación al médico adscrito, se realizó ultrasonido

para corroborar el diagnóstico de óbito fetal, una vez que se tuvo la certeza se procedió a la atención de parto vaginal sin complicaciones.

Todo lo antes narrado fue lo único que correspondió realizar al suscrito, deslindándome, por ende, de cualquier responsabilidad que se quiera adjudicar a mi persona por la atención brindada a la paciente (V1), por lo que esa H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he trasgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis en materia médica, por el contrario, siempre cumplí y he cumplido en todo momento con los protocolos médicos que rigen mi profesión.

[...]

21. El 8 de febrero de 2018 se solicitó a la entonces perita médica adscrita a esta CEDHJ, la emisión de dictamen de responsabilidad médica sobre la atención que recibió la paciente (V1) en el HGO.

22. El 14 de febrero de 2018 se elaboró constancia telefónica, en la que personal de este organismo hizo constar que se comunicó con la quejosa, a quien se le informó que, para que la Comisión Estatal de Atención a Víctimas estuviera en aptitud de dar cumplimiento a la solicitud que esta Comisión le dirigió, era necesario que se presentara a dicha institución para su debida inscripción a fin de que se le brindara la atención integral que requiriera, la quejosa manifestó que ya le habían dado cita para presentarse en aquella Comisión el 20 de febrero de 2018.

23. El 14 de febrero de 2018 se recibió el oficio CEEAVJ/AJ/DH/182/2018, firmado por el licenciado Juan Carlos Benítez Suárez asesor jurídico encargado del área de Derechos Humanos de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, mediante el cual remite la contestación de solicitud de inscripción, en el que asentó:

[...]

Al respecto, me permito informar que la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas se encuentra en la mejor disposición de atender la petición formulada dentro del oficio de referencia; sin embargo, es preciso señalar que para proceder con la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de las personas que resulten con la calidad de víctimas directas e indirectas dentro de la queja 8256/2017/I, es indispensable contar con la solicitud (formato único de declaración) por parte de las víctimas en la que se consiguen los datos personales, las circunstancias de modo, tiempo y lugar del hecho victimizante y autoridades de primer contacto que

intervinieron. Dicha información debe estar contenida en el Formato Único de Declaración. Lo anterior, toda vez que a partir de la solicitud se estaría en condiciones de llevar a cabo el registro y de realizar la entrevista de primer contacto que tiene como finalidad identificar las necesidades de las víctimas para determinar las medidas de asistencia y atención que requieran, esto atendiendo lo dispuesto por el artículo 72 de la Ley de Atención a Víctimas el Estado de Jalisco en relación con los diversos numerales 9 y 10 de su Reglamento:

[...]

Por lo anterior, le informo que una vez recibida su petición esta Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas ha intentado en repetidas ocasiones, tener contacto con la víctima con la finalidad de obtener su conocimiento, autorización y solicitud correspondiente; sin embargo, a la fecha no se ha logrado comunicación con ella o sus familiares por lo que esta Comisión Ejecutiva Estatal insta a esa defensoría de derechos humanos que oriente a la víctima sobre los servicios que brinda esta dependencia y lo indispensable de su comparecencia con la finalidad de llevar a cabo su inscripción en el Registro Estatal de Víctimas, así como la entrevista de primer contacto en la que se puedan identificar las medidas de ayuda, asistencia y atención que requiera.

24. El 14 de marzo de 2018 se recibió el oficio CEEAVJ/AJ/315/2018, firmado por el entonces secretario técnico de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas Jalisco, mediante el cual rinde el informe que le fue requerido por esta Comisión, en el que asentó:

Aunado a un cordial saludo, en atención y seguimiento a su oficio número 361/2018/I recibido en esta Comisión Ejecutiva Estatal de Atención de Víctimas Jalisco, le informo que con fecha 27 veintisiete del mes de febrero del año 2018 dos mil dieciocho, fue emitido por parte del comité interdisciplinario evaluador de la CEEAVJ dictamen donde se declaró procedente y se ordenó la inscripción al Registro Estatal de Víctimas de la señora (V1) y de su hija N.N. Femenina (finada) como víctimas directas, otorgándoseles los números de registros 000168 y 000169 ante el Registro Estatal de Víctimas respectivamente, lo anterior derivado de las violaciones a derechos humanos que se desprenden de la queja número 8256/207/I la cual se encuentra en integración en la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

Bajo esta misma tesitura, le hago de su conocimiento que se declararon procedentes el otorgamiento de medidas de asistencia y atención a las víctimas antes referidas en atención a lo que señala la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco y de la siguiente manera;

Por parte del área de asesoría jurídica de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas se acordó otorgar la representación legal de la víctima (V1), dentro de la tramitación de la Carpeta de Investigación número 120525/2017 que se integra en la

Agencia del Ministerio Público adscrita al área de responsabilidades médicas de la Fiscalía General del Estado de Jalisco con motivo del hecho victimizante.

Por parte del área psicológica de esta comisión se acordó canalizarla al DIF del municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco por ser el municipio donde está habita y evitar gastos de traslado hasta el municipio de Guadalajara, para que le brinden la atención psicológica y terapéutica necesaria a la señora (V1) para que en caso de que así lo requiera tuviera la oportunidad de recibir terapias a corto plazo para superar el estado emocional derivado del hecho victimizante.

Por otro lado, el área médica determinó con base en la entrevista multidisciplinaria y en el dicho de la propia señora (V1) sea atendida en el Hospital de la mujer el cual cuenta con la especialidad de Ginecología y Obstetricia y fue su deseo ser atendida en esa institución.

25. El 14 de marzo de 2018 se recibió copia simple de los oficios CEEAVJ/AM/019/2018 y CEEAVJ/AM/024/2018, el primero signado por la doctora Elizabeth Altamirano Jiménez, médica adscrita a la CEEAVJ, mediante el cual solicitó al director del Hospital de la Mujer que se proporcione atención inmediata y seguimiento en la especialidad que requiera la persona aquí quejosa, el segundo, firmado por la doctora Nancy Sandivel Hernández Venadero, médica adscrita a la CEEAVJ, con el que pidió a María Asencio Álvarez Solís, entonces directora del Sistema DIF Tlajomulco, que por su conducto se le proporcionara ayuda, asistencia y atención al daño que sufrió, así como para que recibiera el tratamiento que permitiera su rehabilitación física y psicológica, con la finalidad de lograr su reintegración a la sociedad.

26. El 5 de abril de 2018 se solicitó la colaboración del director del HGO, para que remitiera copia certificada del expediente clínico de la recién nacida, hija de la persona quejosa (V1).

27. El 6 de abril de 2018 se recibió el dictamen de responsabilidad profesional suscrito por la maestra Irma Patricia Jiménez Pulido, perita médica adscrita al área de Medicina, Psicología y Dictaminación de este Organismo, relativo a la atención médica que recibió (V1) en el HGO, del que destaca que, dentro del análisis médico legal, (V1) fue ingresada al área de tococirugía el 13 de noviembre de 2017, pero no se le vinculó información acerca de los médicos que estuvieron laborando en dicho departamento los días 12, 13 y 14 de noviembre de ese año y que se hicieron cargo de la vigilancia obstétrica, así como tampoco contó con los registros médicos pertinentes a ese periodo. Asimismo, la perita en su dictamen concluyó de manera textual lo siguiente:

[...]

Las siguientes conclusiones son vinculadas en base al estudio de la etapa de atención médica que se le otorgara a la paciente (V1) en el periodo del tiempo comprendiendo del 12 de noviembre de 2017 a las 22 horas, hasta las 06:20 horas del día 13 de noviembre de 2017, arribando a lo siguiente:

1. Que la información contenida en el expediente médico legal relativo a Orozco López (V1) número de afiliación al SPSS 1412579210, en el feto no se describe en base a lo documentado en el partograma así como en la nota de ingreso a urgencias de Ginecología y Obstetricia alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal durante los diferentes periodos de valoración obstétrica realizados a la hoy agraviada, datos de infección sino de hemorragia feto-materna y/o retraso uterino.

2. De la actuaciones por parte del médico especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del (HGO) Juan Alfonso Vicenteño García, respecto de la atención médica brindada al binomio materno fetal conformado por la hoy agraviada (V1) el día 12 de noviembre de 2017, a las 22:15 horas, el día 13 de noviembre de 2017 a las 02:20 horas, 04:00 horas, 06:20 horas, no se observan conductas de impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.

3. De la actuación por parte de la médico especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del (HGO) Marisol Valle Correa, respecto a la atención médica brindada al binomio materno fetal conformado por la hoy agraviada (V1) el día 12 de noviembre de 2017 a las 22:15 horas, el día 13 de noviembre de 2017 a las 02:20 horas, 04:00 horas, 06:20 horas, no se observan conductas de impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.

4. De la actuación por parte del médico residente de la Ginecología y Obstetricia adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del (HGO) José Rodolfo Escamilla Cabrera, respecto a la atención médica brindada al binomio materno fetal conformado por la hoy agraviada (V1) el día 13 de noviembre de 2017 06:20 horas, no se observan conductas de impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos.

Requerimientos Médicos Legales:

1. Para estar en condición de dar una adecuada respuesta a lo señalado en su oficio de petición "...dictamen de responsabilidad médica sobre la atención médica que recibió la paciente (V1) en el Hospital General de Occidente..." una vez concluida la revisión del acto médico integral que se investiga en el queja en que se actúa, solicito a usted en el caso de haberse realizado, me sea vinculado el resultado del protocolo de necropsia fetal al producto de la gestación de la hoy agraviada (V1), con la finalidad de conocer la causa o condición que conllevara a la muerte intrauterina posterior al último registro elaborado en el área de urgencias de

Ginecología y Obstetricia y de esta manera estar en condición de dar una adecuada respuesta a lo por usted solicitado a través de su oficio de petición.

28. El 18 de abril de 2018 se realizó un acuerdo por el que se informó a la doctora Irma Patricia Jiménez Pulido que no se contaba con la necropsia del producto de la persona quejosa, toda vez ésta se negó a que se la practicaran.

29. El 27 de abril de 2018 se recibió el oficio DG/375/2018 firmado por el entonces director del HGO, mediante el cual informó que no contaba con el expediente clínico de la recién nacida Orozco López .

30. El 7 de junio de 2018 se recibió el escrito de Jorge Guisar, enfermero general en el HGO, mediante el cual rindió el informe que le fue requerido por esta Comisión, en el que manifestó:

[...]

Mi única intervención ocurrió en la sala de parto donde asistí a los médicos que estaban atendiendo a la paciente y apliqué medicamentos según indicaciones, de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a los protocolos de atención hospitalarios.

[...]

31. El 11 de junio de 2018 se ordenó abrir periodo probatorio para (V1) y para los servidores públicos involucrados, con el fin de que aportaran las evidencias que estimaran necesarias para acreditar sus respectivas afirmaciones, el cual fue notificado a la persona inconforme el 3 de julio de 2018 sin que hubiere ofrecido alguna prueba a su favor.

32. El 5 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Marisol Valle Correa, mediante el cual ofreció las siguientes pruebas:

1. Prueba Documental Privada. Consistente en el Expediente Clínico Hospitalario de la paciente (V1), abierto el día 12 de noviembre de 2017 en el Hospital General de Occidente, división de Ginecología y Obstetricia, en particular el documento denominado como Partograma Hospital de Occidente con la cual se acredita lo siguiente:

a) Que siendo las 22:15 horas el día 12 de noviembre de 2017, la suscrita en conjunto con mis compañeros de guardia, brinde atención médica a la paciente (V1) la cual tenía como antecedentes ginecológicos ser gesta 2, cesarías 1 con una antigüedad de 5 años, embarazo de 38.4 semanas de gestación, trabajo de parto inicial con 1 una contracción cada 10 minutos, tono uterino adecuado, membranas integra.

b) Que del ultrasonido de primer nivel realizado al momento de la exploración y reportado en el mismo partograma, se encontró producto único vivo, longitudinal, cefálico, con dorso a la derecha, con frecuencia cardiaca fetal 148 pulsaciones por minuto, con peso y tamaño adecuado para las semanas de gestación.

c) Que la placenta se encontraba sin patologías aparentes y con líquido amniótico cantidad adecuada, con signos vitales dentro de los parámetros normales, con 1 centímetro de dilatación, 70% de borramiento, pelvis apta para parto vaginal, con 1 contracción cada 10 minutos de baja intensidad; razón por la cual de forma colegiada con mis compañeros de guardia, se decidió que la paciente podía ir a casa hasta iniciar con un trabajo de parto regular; lo cual fue aplicado a detalle, firmando la paciente la información de la atención otorgada, así como de los signos y síntomas de alarma.

d) Que la paciente fue valorada nuevamente a las 2:20 horas del día 13 de noviembre del 2017, y de acuerdo al mismo partograma, la paciente se encontraba con signos vitales estables, con 1 centímetro de dilatación y 70% de borramiento, continuaba con una contracción de leve intensidad cada 10 minutos y el producto único de 38.4 semanas de gestación se encontraba vivo, ya que presentaba frecuencia cardiaca fetal de 136 pulsaciones por minuto. Citándola en dos horas para continuar con valoración y vigilancia del trabajo de parto.

e) Que siendo las 4:00 horas de ese mismo 13 de noviembre del 2017, se valoró por tercera ocasión a la paciente, encontrando signos vitales estables, frecuencia cardiaca fetal de 134 pulsaciones por minuto, con 2 centímetros de dilatación, borramiento de 80% y dos contracciones cada 10 minutos. Citándola en dos horas para continuar con valoración y vigilancia del trabajo de parto.

f) Que la última atención médica brindada a la paciente por parte de la suscrita fue a las 6:20 horas de ese mismo día, presentando signos vitales estables, con tensión arterial 118/78, frecuencia cardiaca 90 pulsaciones por minuto, temperatura corporal de 36.5 grados, con actividad uterina regular, 3 contracciones cada 10 minutos, orientada, abdomen globoso a expensas de útero grávido, con producto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecho, con frecuencia cardiaca fetal 149 pulsaciones por minuto; al tacto vaginal encontré pelvis apta, cérvix anterior, 5 centímetros de dilatación con 90% de borramiento, estación +1, tarnier y valsalva negativos, amnios íntegro y abombado por lo que, al contar con una buena evolución del trabajo de parto, se decidió su ingreso para su atención en toco cirugía.

2. Prueba documental de informes. Consistente en el informe que rinda el director y persona facultada para ello del HGO, a efecto de que responda las siguientes cuestiones:

a) Que informe la hora de entrada a la guardia de la suscrita Dra. Marisol Valle Correa, el día 12 de noviembre del 2017.

b) Que informe la hora en que se autorizó a la suscrita Dra. Marisol Valle Correa, el día 13 de noviembre del 2017, el pase de salida.

3. Prueba documental privada. Consiste en una hoja simple de una imagen fotográfica tomada de una de las computadoras del área de registro de asistencia para el control de flujo del personal por parte de recursos humanos en la cual se desprende el horario de ingreso de la suscrita a mi guardia del 12 de noviembre del 2017 y la hora en que concluí mis labores el día 13 del mismo mes y año.

4. Prueba documental pública. Consiste en la Guía de Practicas Clínica IMSS-052-08 denominada Guía de referencia Rápida, Vigilancia y Manejo del Parto, en el cual se establecen no solo las definiciones de las cuestiones médico científicas de la especialidad en ginecología en tratándose del trabajo de parto, sino también el actuar médico del profesional de la salud para resolverlo, ya que se cumplió con la normativa aplicable al caso debido a lo siguiente:

5. Prueba Documental Pública. Consistente en las Guías de Práctica Clínica IMSS-605-13 denominadas después de una cesaría, evidencias y recomendaciones, con la cual se establece de forma clara y precisa, por qué está indiciado, resolver un embarazo de termino (38.4 semanas de gestación,) en una mujer con antecedentes de cesárea previa (5 años de antigüedad), el trabajo de parto previo a las 39 semanas de gestación, por lo que se cumplió con la normativa aplicable al caso debido a lo siguiente:

6. Prueba Presuncional Legal y Humana. Consistente en todas aquellas presunciones, tanto legales como humanas, dentro o fuera de la presente queja, en cuento favorezcan y lleven esta H. Comisión al esclarecimiento de la verdad.

7. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todas y cada una de las actuaciones que de la presente queja se desprendan, en cuanto tiendan a favorecer el actuar profesional médico de la suscrita, prueba que relaciono con todos y cada uno de los puntos del informe de la atención médica brindada a la paciente (V1), así como a los medios de convicción aquí ofertados.

33. El 9 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla, mediante el cual ofreció pruebas en los siguientes términos:

[...]

1.- Documental Privada. Consiste en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por el suscrito en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2.- Documental de informe. Consiste en el informe que deberá rendir el director del (HGO) o a quien la ley faculte para emitir un informe pormenorizado para acreditar

que el suscrito el día 13 de noviembre tramité un pase de salida lo cual queda registrado en el sistema de control de asistencias biométrico, al cual el suscrito no tengo acceso y con esta prueba acredito lo manifestado en mi informe respecto de que me retiré antes de mi hora de salida pero hasta el momento de que el suscrito salí, el producto contaba con signos vitales, lo cual corroboré personalmente previo a retirarme y la paciente quedó ingresada a mi servicio quedando bajo vigilancia de personal médico y de enfermería.

3.- Instrumental de Actuaciones. Consiste en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

4.- Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

5.- Prueba Documental pública. Consistente en la Guía de Práctica Clínica IMSS-052-08 denominada Guía Referencia Rápida, Vigilancia y Manejo del Parto, donde acredito que el manejo que se le brindó a la paciente fue adecuado y conforme a los principios que rigen mi profesión, ya que se tomaron en cuenta las condiciones particulares de la paciente las cuales consistían en ser una embarazada de término, con antecedentes de cesárea previa pero sin periodo intergenésico corto, que iniciaba con trabajo de parto, no contaba con factores de riesgo así que se valoró el bienestar fetal y se dio una admisión diferida y seguimiento ambulatorio con indicaciones precisas conforme a lo que estipula, se le realizó vigilancia durante las siguientes horas hasta que la paciente ya se encontraba con trabajo de parto en fase activa y se decidió su ingreso a labor en el área de toco cirugía para prueba de trabajo de parto.

6. Prueba documental pública. Consistente en la Guía de práctica clínica IMSS-052-08 Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, con la cual acredito que se actuó de manera correcta ya que:

a) Se brindó atención de manera oportuna ya que la admisión en maternidad de forma

8. Documental pública. Guía de práctica clínica para el parto después de la cesárea, emitida por la Secretaría de Salud Federal.

34. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por (EG), mediante el cual rinde las siguientes pruebas:

[...]

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

35. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Liliana Ornelas Lomelí, mediante el cual rinde las siguientes pruebas:

[...]

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

36. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, mediante el cual ofrece las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie a la suscrita.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

37. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por María de Carmen González Hernández, mediante el cual ofrece las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

38. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Karla Alejandra Leal Sánchez, mediante el cual ofrece las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie a la suscrita.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

39. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Rodríguez , mediante el cual rinde las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

40. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por Jorge Guisar, mediante el cual ofrece las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.

2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.

3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

41. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito firmado por José Rodolfo Escamilla Cabrera , por el que ofreció las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.
2. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.
3. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

42. El 13 de julio de 2018 se recibió el escrito signado por Marisol Valle Correa, mediante el cual ofreció las siguientes pruebas:

1. Documental. Consistente en el expediente clínico de la paciente (V1), el cual ya obra dentro del expediente de queja abierto ante esa H. Comisión Estatal de los Derechos Humanos y con el cual acredito lo manifestado por la suscrita en el informe que en su oportunidad presenté ante esa H. Comisión.
2. Instrumental de Informe. Consistente en el informe que deberá rendir el Director del (HGO) o a quien de ley faculte para emitir vía oficio un informe en el cual se mencione a cuál área estaba asignada la suscrita en la guardia que me tocó laborar el 12 y 13 de noviembre del año 2017 ya que en mi informe rendido ante esa H. Comisión manifesté que yo no participe en la atención médica de la paciente, debido a que yo estuve asignada al área de toco-cirugía por lo que no tuve contacto con la paciente.
3. Instrumental de Actuaciones. Consistente en todo lo actuado en el presente procedimiento y que beneficie al suscrito.
4. Presuncional. En su doble aspecto, legal y humana, en todo lo que beneficie a mis intereses.

43. El 23 de agosto de 2018 se recibió el oficio 231/A/2018, firmado por Tunuari Roberto Chávez González, coordinador de la Unidad de Análisis y Contexto de esta CEDHJ, mediante el cual rindió el diagnóstico de contexto que se le solicitó. Dicha unidad investigó a través de fuentes estadísticas oficiales como el Sistema de Solicitudes de Información del Estado de Jalisco, el INEGI, la CONAPO, el Sistema de Consulta de Información Censal, el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas; fuentes hemerográficas nacionales y locales; fuentes normativas internacionales, federales y estatales; fuentes académicas y recomendatorias oficiales internacionales, nacionales y estatales como de la OMS, CNDH y la CEDHJ y sistema de salud estatal. Aunado a la investigación de dichas fuentes, se

realizaron tres visitas de campo al HGO y se aprovechó para realizar un sondeo de satisfacción a pacientes en citas de control y parto para conocer los procesos de atención en dicho hospital. En él concluyó lo siguiente:

El caso de la C. (V1), documentado en el expediente de la queja 8256/2017/I por la presente Defensoría, es la expresión de una deficiencia sistémica en el ejercicio del derecho a la salud en Jalisco. Al mismo tiempo, se entiende como la evidencia de la transgresión en las garantías sexuales y reproductivas de las mujeres.

La violencia obstétrica es un fenómeno que la propia Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ya ha reconocido en Jalisco, sin que los actores responsables de la toma de decisiones hayan incidido en modificaciones estructurales para erradicarlo.

La participación histórica que ha tenido la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ) respecto a los casos de violencia obstétrica que derivaron en Recomendaciones, ha tenido un impacto de nulo a mínimo. Ni la estructura sanitaria, ni los procesos que implican la relación entre el personal médico y las pacientes en un contexto clínico particularmente sensible han sido abordados firmemente. Tampoco, la sensibilización en la formación de nuevos recursos humanos para las áreas médicas en las universidades públicas.

El cumplimiento mismo de los puntos recomendatorios también ha sido deficiente: pese a ser aceptadas no han sido realmente acatadas por las autoridades.

Es de primordial importancia destacar, como se refirió en el CAPÍTULO II en calidad de antecedente, la Recomendación 38/2014 dirigida a la Secretaría de Salud, por hechos ocurridos en el (HGO) en los que, por la negación y dilación del servicio, un nonato falleció. En dicho instrumento se encontró la responsabilidad de los médicos Edith Esmeralda Luna Covarrubias y de Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla, éste último también señalado, nuevamente, en el caso de la C. (V1).

Hasta el momento, a esta Defensoría no se ha reportado evidencia que compruebe que Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla haya sido sancionado por los hechos de 2014, ni que se haya consignado en su expediente la vulneración a los derechos humanos de la que fue autor, aunque la Comisión determinó tales acciones.

Es decir, la quejosa fue expuesta a la atención de un funcionario público con antecedentes violatorios no castigados, y que presenta un comportamiento reincidente. En ese sentido, resulta básico defender tanto la reparación integral del daño de acuerdo a la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco como las

garantías de no repetición de los hechos para la víctima, así como para el resto de las usuarias del Hospital General de Occidente.

Existe una amplia fundamentación jurídica nacional e internacional para el respeto al embarazo, parto y puerperio; además de instrumentos que materializan de forma tangible las buenas prácticas de actuación, como el Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro desarrollado por el Gobierno federal – y que la CNDH ha señalado, no se ha aplicado en Jalisco – y se indican en la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Incluso, se dictan de forma práctica por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Lista de Verificación de la Seguridad del Parto.

No obstante, al establecer la vinculación contextual entre el marco legal y el expediente de la Queja 8256/2017/I (Capítulo IV), se observa una ausencia de capacitación en el personal médico de primer contacto con el que la C. (V1) interactuó desde el Hospital de la Mujer en Tala (a donde según narró la quejosa, acudió primero y ni siquiera le fue abierto un expediente clínico, en violación a la NOM-004-SSA3-2012 para identificar los signos de una urgencia obstétrica y actuar en consecuencia de acuerdo con las normativas específicas. El patrón se repitió en el Hospital General de Occidente.

A partir del caso de la C. (V1) y de la investigación de campo realizada se detecta una falta de insumos, carencias de infraestructura, ubicaciones geográficas de atención dispersas respecto a la localización de necesidades, así como fallas organizacionales y comunicativas entre el personal médico que impiden aterrizar el marco legal.

Las últimas horas del embarazo de Orozco López ejemplifican tal violencia estructural. De acuerdo con el ejercicio de georreferenciación que realizó la Unidad sobre el contexto de accesibilidad en el derecho a recibir servicios de salud de la quejosa (Capítulo 2), se observó una baja oferta de atención especializada (mayormente centros de salud y unidades familiares), implicando el desplazamiento primero, desde su domicilio en Tlajomulco hasta el Hospital de la Mujer, en Tala, lo que supone una distancia de 44 kilómetros y 47 minutos, aproximadamente. Posteriormente, ante la falta de personal e infraestructura se vio obligada a recorrer otros 46.8 kilómetros más para llegar al Hospital General de Occidente, debido a que en el nosocomio anterior encontró falta de personal capacitado e insumos. En este último punto permaneció desde las 22:15 horas del 12 de noviembre de 2017 hasta las 8:00 horas del día siguiente antes de ser atendida adecuadamente. Tres horas antes de ser remitida a urgencias, ya presentaba el segundo síntoma de alarma para la etapa de gestación. Según la línea del tiempo reconstruida por la Unidad de Análisis y Contexto, el cambio de turno, del nocturno al matutino, fue un evento de impacto en el proceso ya que además de romper con el seguimiento se perdió una

muestra de sangre que hubiera aportado información objetiva sobre el estado de la paciente.

Abordar la violencia obstétrica en el sector público en Jalisco, necesariamente significa un estudio profundo de la situación del sistema sanitario. A partir de la correlación estadística es posible comprobar la centralización de la atención ginecológica y obstétrica en las Regiones Sanitarias metropolitanas, lo que estaría obedeciendo a la falta de infraestructura especializada en el interior de Jalisco: apenas el 1.8 por ciento de todos los espacios públicos para la atención de la salud en el Estado son hospitales.

Dentro de este contexto, Centro Zapopan es la única zona en Jalisco que mantiene una tasa de crecimiento en egresos hospitalarios por parto, cesárea y aborto; dentro de ésta, el Hospital General de Occidente, donde la quejosa recibió la última atención que derivó en la muerte de su nonato, es el que recibe la mayor presión por la saturación del nosocomio —denunciado también en registros hemerográficos, desde años atrás—.

La muestra estadística recabada por la Unidad, también pone de manifiesto que la falta de información y explicación del proceso de embarazo, los tiempos de espera prolongados, así como la ausencia de un trato humanizado en el momento del parto, son parte de las consecuencias que se generan por las fallas del sistema de salud masificado.

Es de destacar que, la propia información de la Secretaría de Salud estatal no reconoce nómina adscrita a una Unidad Especializada para la Atención Obstétrica y Neonatal en la Región Sanitaria Centro Zapopan, implicando la falta de personal capacitado o una desorganización administrativa que también, tiene un impacto en el proceso de atención.

Resolver las ineficiencias expuestas implica una descentralización de la atención, la consideración de población flotante, las nuevas condiciones ambientales y necesidades demográficas, además del dinamismo de los residentes de las regiones sanitarias para la (re)organización de las políticas de salud. Aunado, también se reconoce la obligación de una vinculación práctica de toda la oferta sanitaria dependiente de la Secretaría de Salud, y la necesidad de humanizar y flexibilizar procesos administrativos-burocráticos (como los cambios de turno), al estar enfocados en un ámbito tan significativo como el de la salud.

De acuerdo a la correlación establecida en el Capítulo V a través de la técnica de matriz, entre los hechos que vivió la quejosa y los derechos impactados de manera adverso significativa (de la Protección a la Salud, a una Vida Libre de Violencia, a la Integridad, a la Vida y al Trato Digno), se pone de manifiesto que el fenómeno de la violencia obstétrica tiene afectaciones profundas, de largo plazo, cuyas

consecuencias son difícilmente compensadas por acciones simples de compensación.

Bajo la lógica de atajar el conflicto desde el ámbito profundo, la atención contra la violencia obstétrica también debe considerar el empoderamiento de las usuarias de los servicios públicos médicos del Estado. El conocimiento de los derechos a la salud, sexuales y reproductivos por parte de la población es la vía irreductible para la defensa de los mismos, así como el acercamiento de herramientas prácticas para actuar de forma expedita en caso de que sean violentados.

La falta de liderazgo para la erradicación de la violencia obstétrica ha derivado en la emergencia de esfuerzos aislados, como denuncias de las organizaciones civiles y el intento legislativo por penalizar las transgresiones a las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio, finalmente frenado por presiones políticas.

La defensa de los derechos humanos exige una participación decidida en la vida pública del Estado y la inmersión en los procesos que afectan las garantías, que la presente Defensoría debe asumir a partir de la objetivación del fenómeno.

44. El 29 de agosto de 2018 se recibió el oficio DG/714/2018, firmado por el doctor José Miguel Ángel Van-Dick Puga, director general del HGO, mediante el cual rindió la información que se le requirió, en el que asentó:

Dando cumplimiento al oficio No. 2944/2018-1 derivado de la Queja No. 8256/2017/I, remito copia simple de los dos oficios recibidos con fecha de 17 de agosto del 2018 emitidos por el Dr. Juan Alfonso, jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, en los cuales da cumplimiento a lo solicitado.

[...]

Que efectivamente que el día 12 y 13 de noviembre del 2017, se presentaron a laborar los médicos:

1. Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla, médico especialista, 20-8 horas.
2. Marisol Valle Correa, médico especialista, 20-8 horas.
3. Marisol Valle Correa, médico especialista, 19-7 horas.

Los médicos adscritos se distribuyen las actividades en el servicio, buscando optimizar en sus competencias en el área asignada y como lo redacta la Dra. Marisol Valle Correa, durante esa guardia como consta en las hojas de productividad que anexo; se le comisionó en el área de toco cirugía, teniendo una productividad de 16 eventos.

45. El 30 de noviembre de 2018 se solicitó al director general del HGO, que informara si el personal de salud que resultó involucrado aún laboraban para esa institución, y, en caso de que no fuera así, proporcionara su domicilio particular.

46. El 21 de diciembre de 2018 se recibió el oficio DG/1141/2018 por el que el director general del HGO informó que una de las funcionarias señaladas ya no laboraba en ese hospital y proporcionó su domicilio particular.

47. El 28 de marzo de 2019 se solicitó al director general del HGO que informara a este organismo si los médicos que resultaron involucrados tenían antecedentes de haber cometido violación de derechos humanos que hubieran sido señalados por esta CEDHJ.

48. El 12 de abril de 2019 se elaboró constancia telefónica con el médico Irma Patricia Jiménez Pulido, asesor de dirección del HGO, quien pidió se le aclarara la información relacionada con la solicitud de información del punto 47 de este apartado.

49. El 29 de julio de 2019 se elaboró constancia telefónica con el médico Irma Patricia Jiménez Pulido, asesor de dirección del HGO, quien proporcionó información con relación a los cambios de turno en ese hospital.

50. El 15 de agosto de 2019 se recibió el oficio DG/722/2019 firmado por el director general del HO, por el, que en respuesta al requerimiento de información respecto del personal médico adscrito a tococirugía del 13 de noviembre de 2017 que le hizo este organismo, informó los horarios de los médicos ya involucrados en la queja Marisol Valle Correa Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, Alma Karina García Padilla, Juan Alfonso Vicenteño García, Maximiliano Ponce Martínez Maximiliano Ponce Martínez y María de Carmen González Hernández.

51. El 16 de agosto de 2019 personal de este organismo se entrevistó con el jefe de división de ginecología y obstétrica del HGO, quien informó el funcionamiento del servicio médico de ginecología y obstetricia.

II. EVIDENCIAS

1. Instrumental de actuaciones, consistente en la queja por comparecencia presentada por (V1) en su favor, en contra del personal de salud que la atendió el 12 y 13 de noviembre de 2017 en el (HGO) descrita en el punto 1 del apartado de Antecedentes y Hechos.

2. Documental consistente en los informes de ley rendidos a este organismo por los médicos Maximiliano Ponce Martínez , Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla, Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, María de Carmen González Hernández, José Rodolfo Escamilla Cabrera , María Esther Ordoñez Vizcarra, Marisol Valle Correa, Marisol Valle Correa y Rodríguez , descritos en los puntos 3, 4 5, 6, 7, 10, 11, 14 y 20 del apartado de Antecedentes y Hechos; así como los rendidos por los enfermeros (EG), Karla Alejandra Leal Sánchez, Rosa Leticia Mendoza Diaz, Liliana Ornelas Lomelí, María Cárdenas T, Ana Silvia López Solís y Jorge Guisar, todos adscritos al HGO, descritos en los puntos 8, 9, 15, 16, 17 y 30 del apartado de Antecedentes y Hechos.

3. Documental consistente en copia certificada del expediente médico 616788, de (V1), integrado en el Hospital General de Occidente, el cual se encuentra detallado en el punto 13 de Antecedentes y Hechos.

4. Documental consistente en el dictamen de responsabilidad profesional suscrito por la doctora Irma Patricia Jiménez Pulido, perita médica adscrita a esta Comisión, relativo a la atención médica que recibió la paciente (V1), cuyas conclusiones se anotaron en el punto 27 de Antecedentes y Hechos.

5. Oficio DG/714/2018, suscrito por el doctor José Miguel Ángel Van-Dick Puga, antes director general del HGO, por el que informó los horarios laborales cumplidos por los médicos involucrados, cuyos términos fueron detallados en el punto 44 del apartado de antecedentes y hechos.

6. Documental consistente en la constancia telefónica del 8 de marzo de 2018 que fue descrita en el punto 16 de Antecedentes y Hechos.

7. Documental consistente en la constancia telefónica del 29 de julio de 2019, en la que un médico adscrito a la dirección general del HGO informó, con relación a los cambios turno en las áreas de urgencias de ginecología y obstetricia y en la de tococirugía, que el servicio que presta en el hospital es continuo, por lo que no hay cambios de guardias o turnos como tal, sino que

hay distintos horarios para los médicos, con el fin de garantizar la continuidad en el servicio.

8. Documental consistente en el oficio DG/722/2019 recibido ante este organismo el 14 de agosto de 2019 y firmado por el director general del HGO, por el que en respuesta al requerimiento de información respecto del personal médico adscrito a tococirugía del 13 de noviembre de 2017 que le hizo esta Comisión, informó los horarios de los médicos ya involucrados: Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, la cual tenía un horario de las 19:00 horas del 12 de noviembre a las 6:30 horas del día posterior; Alma Karina García Padilla y Juan Alfonso debían cubrir su turno de las 20:00 horas del 12 de noviembre de 2017 a las 7:30 horas del día siguiente. Los médicos María de Carmen González Hernández y Maximiliano Ponce Martínez comenzaban su labor a las 7:30 y culminaban su jornada a las 14:30 horas del 13 de noviembre de 2017

9. Documental consistente en la constancia del 16 de agosto de 2019, en la que se lee que personal de esta Comisión se entrevistó con el director de la División de Ginecología y Obstetricia, quien explicó que el servicio médico de su jefatura se compone del área de urgencias, ginecología y obstetricia y de la de tococirugía, que físicamente ambos departamentos se dividen por una especie de biombo. Con relación al personal médico manifestó que esos sectores se cubren con los médicos adscritos y sus residentes, los médicos adscritos se coordinan para cubrir las dos secciones, que, entre los médicos adscritos en los distintos turnos, se coordinan para cubrir las dos áreas. En dicha entrevista personal de HGO hizo entrega de un escrito que signó el director entrevistado, en el que se precisó los horarios que efectivamente cubrieron los médicos involucrados.

10. Escrito firmado por el jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del HGO, por el que informó el 16 de agosto de 2019 que los médicos bajo su cargo cubrieron los siguientes horarios: Marisol Valle Correa de las 19:00 horas del 12 de noviembre de 2017 a las 6:30 horas del día siguiente; Alma Karina García Padilla ingresó a las 20:32 horas del 12 de noviembre de 2017 y se retiró a las 6:36 horas del día posterior; Juan Alfonso entró a laborar a las 20:20 del 12 de noviembre de 2017 y salió a las 6:30 horas del 13 de noviembre de 2017; mientras que María de Carmen González Hernández y

Maximiliano Ponce Martínez iniciaron su labor a las 7:30 y 7:24 horas el 13 de noviembre de 2017, respectivamente.

11. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias de notificación y los acuerdos dictados en el expediente de queja.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

1. Competencia

La CEDHJ tiene como finalidad esencial la defensa, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos. Sus principios de actuación se encuentran previstos en los artículos 1º, 3º, tercer párrafo; 4º, primer párrafo; 5º, primer párrafo; 12, 14, segundo párrafo; 16, primer párrafo; 17, párrafos segundo y sexto; 25, primer párrafo; 109, primer párrafo; fracciones II y III párrafo segundo; 102, apartado B, y 123, apartado B, fracción XIII, todos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10, de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1º, 2º, 3º, 4º, 7º, fracción XXV, 28, fracción III, 72, 73, 75 y 79, de la Ley de la CEDHJ; así como 109, 120 y 121 de su Reglamento Interior.

Por ello, la CEDHJ es competente para conocer los hechos investigados y denunciados por la peticionaria (V1) a su favor, en contra de quien resultara responsable del HGO, ya que, debido a la falta de vigilancia del binomio materno-fetal, derivó en la muerte del producto de su gestación. Del análisis de los hechos, así como de las pruebas y observaciones que integran el expediente, esta defensoría pública determina que fueron violados en perjuicio de la (V1) el derecho a la legalidad en relación con el debido cumplimiento de la función pública, derecho a la protección de la salud, derecho a la integridad y seguridad personal, y el derecho a una vida libre de violencia.

2. Planteamiento inicial del problema

(V1) se inconformó ante esta Comisión en contra del personal de salud del HGO, debido a que por la noche del 12 de noviembre de 2017 acudió a ese nosocomio a solicitar atención médica, ya que se encontraba en trabajo de parto, aseguró que los médicos revisaron el estado de salud del binomio

materno-fetal sólo la primera vez que la auscultaron, pero que la ingresaron hasta las 6:00 horas del día siguiente, sin que en ese tiempo la volvieran a revisar. Reclamó que ya estando hospitalizada, no le dieron la atención que requería y no fue hasta que se realizó el cambio de guardia que otros médicos le dijeron que su bebé había fallecido.

Luego de las investigaciones practicadas por este organismo se detectó que la vigilancia materno-fetal fue nula de las 6:30 horas a las 7:45 horas del 13 de noviembre de 2017, siendo que la normativa con relación a la atención durante el embarazo, parto y puerperio, refiere que la misma debe ser estrecha, de al menos cada 30 minutos. También se encontró que durante ese lapso no había médico adscrito al servicio de ginecología y obstétrica de ese hospital, ya que a los dos médicos responsables de la atención del área de urgencias de ginecología y la de tococirugía se les autorizó pases de salida, por lo que no cubrieron su horario completo.

2.1 Hipótesis

De acuerdo a los reclamos esgrimidos por la inconforme, la primera hipótesis a dilucidar es si los médicos a cargo de la atención médica de (V1), incurrieron en violencia obstétrica al no hospitalizarla de forma oportuna y dejar de realizar la vigilancia del binomio materno-fetal con la periodicidad que marcan las guías de práctica clínica y la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 sobre la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y que esa desatención provocó que el producto de la gestación de (V1) perdiera la vida.

A partir de las investigaciones realizadas surge una segunda hipótesis, y es conocer si el personal directivo del HGO incurrió en violencia obstétrica e institucional al autorizar pases de salida a los médicos que tenían bajo su cuidado a (V1) y que al no haber más médicos responsables en el área de ginecología y obstetricia, propició que se desencadenaran los hechos que ocurrieron en el presente caso.

3. Estándar legal mínimo

3.1 Principios que deben guiar a los profesionales de la salud

En la práctica médica, el principio ético que más ha permeado es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto principal refiere que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, esto es: “*no haré daño*” y “*actuaré en beneficio del enfermo*”, los cuales siguen vigentes.

No se debe soslayar el postulado “procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo” del médico Avedis Donabedian, fundador del estudio de calidad en la atención de la salud y la investigación de resultados médicos, más famoso como creador del *Modelo de atención Donabedian*.

En 1970 el bioquímico Van Rensselaer Potter acuñó el término *bioética* buscando resolver la necesidad de tener una disciplina que uniera el conocimiento biológico con el de los sistemas de los valores humanos.

En la práctica clínica la bioética tiene el objetivo de mejorar la atención del paciente al orientar la toma de decisiones no solamente desde el punto de vista técnico, sino incluir los problemas éticos.²

La bioética tiene cuatro principios básicos:

1. No maleficencia, que establece que el médico debe causar el menor perjuicio a su paciente. No provocar daños, ni agravios a la salud del paciente.
2. Justicia, este principio establece la equidad como condición esencial del médico y determina la imparcialidad del médico impidiendo actos discriminatorios que interfieren la buena relación médico paciente.
3. Beneficiencia, es el principio que establece la búsqueda del bien mejor. Determina que la acción médica debe ser usada con sentimientos de filantropía y de amor por el ser humano.
4. Autonomía, principio que determina que las personas tienen el derecho a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo y con su vida. La conducta médica debe ser previo conocimiento autorizada por el paciente y obliga por tanto al médico, a dar las explicaciones e informaciones necesarias

²Sánchez-González, Miguel; Herreros, Benjamín La bioética en la práctica clínica Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53, núm. 1, enero-febrero, 2015

sobre el diagnóstico y el tratamiento propuesto, así como también el pronóstico de su decisión.³

En 2002 la Comisión Nacional de Bioética (Conbioetica) editó y divulgó el Código de bioética, mismo que representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la Medicina y la salud.

Es importante mencionar que la Conbioetica es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal con autonomía técnica y operativa, responsable de definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina. Sus objetivos son: Establecer políticas públicas en salud vinculadas con la temática bioética.

Los principios básicos que menciona dicho código son que los servicios de salud deben ser proporcionados a todos los que los demanden, sin distinción de ninguna índole, sin escatimar tiempo, espacio y respetando siempre los derechos humanos y la dignidad, entendiendo que ésta, está basada en que los seres humanos poseen igual valor. Refiere, además, que el personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética, que las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

3.2 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos

La Ley General de Responsabilidades Administrativas, en su artículo 6° refiere que la actuación que debe regir la actuación de los servidores públicos en los ámbitos federal y local debe ser ética y responsable. Asimismo, el artículo 7° menciona que los principios que éstos deben observar en su encargo son la disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez,

³ Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. En: Ética en Medicina Fundamentación. Modulo 1. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina; 1999.

lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que son los que rigen el servicio público.

En el mismo artículo, refiere que, para la efectiva aplicación de dichos principios, los servidores públicos observarán las siguientes directrices:

- I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones;
- II. Conducirse con rectitud sin utilizar su empleo, cargo o comisión para obtener o pretender obtener algún beneficio, provecho o ventaja personal o a favor de terceros, ni buscar o aceptar compensaciones, prestaciones, dádivas, obsequios o regalos de cualquier persona u organización;
- III. Satisfacer el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general y bienestar de la población;
- IV. Dar a las personas en general el mismo trato, por lo que no concederán privilegios o preferencias a organizaciones o personas, ni permitirán que influencias, intereses o prejuicios indebidos afecten su compromiso para tomar decisiones o ejercer sus funciones de manera objetiva;
- V. Actuar conforme a una cultura de servicio orientada al logro de resultados, procurando en todo momento un mejor desempeño de sus funciones a fin de alcanzar las metas institucionales según sus responsabilidades;
- VI. Administrar los recursos públicos que estén bajo su responsabilidad, sujetándose a los principios de austeridad, eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados;
- VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución;
- VIII. Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general;

- IX. Evitar y dar cuenta de los intereses que puedan entrar en conflicto con el desempeño responsable y objetivo de sus facultades y obligaciones, y
- X. Abstenerse de realizar cualquier trato o promesa privada que comprometa al Estado mexicano.

3.3 Especiales para la atención del embarazo, parto y puerperio

La organización mundial no gubernamental denominada Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), de la cual, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia forma parte, estableció en el año 2003, a través de su Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer, un marco de referencia ética para los tocoginecólogos.

Las sociedades miembro de la FIGO adoptan y promueven entre sus miembros las siguientes responsabilidades profesionales basadas en su conjunto de asegurar los derechos humanos y principios éticos en el cuidado de la salud reproductiva de la mujer:

1. Lograr y mantener los más altos niveles de competencia profesional en salud de la mujer.
2. Asegurar que la competencia profesional incluya el ofrecer sólo aquellos servicios para los cuales se posee un estándar reconocido de competencia, de lo contrario, referir a profesionales adecuadamente capacitados según lo permitan las circunstancias.
3. Asegurar una conducta profesional respetuosa que promueva la dignidad y la seguridad a toda mujer.
4. Evitar relaciones inapropiadas con pacientes o sus familiares que puedan ser explotadas con fines sexuales, emocionales, financieras o de investigación.
5. Asegurar que el derecho del médico a preservar sus propios valores morales o religiosos no resulte en la imposición de esos valores personales en la mujer.
6. Negarse a practicar o apoyar prácticas que violen los derechos humanos o los principios éticos.

7. Mantener y promover el más alto nivel de integridad y honestidad con los pacientes, colegas y estudiantes en el curso de las investigaciones.
8. Adoptar un modelo de comportamiento interpersonal con pacientes y otros para asegurar que todos los miembros del equipo de salud promuevan un ambiente óptimo para el desarrollo del aprendizaje y de los cuidados médicos.
9. Promover el aprendizaje continuo de los profesionales de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva, derechos y ética.

3.2 La obligación de garantizar el derecho a la salud

La Constitución Federal en su artículo 1° establece la obligación de todas las autoridades en el ámbito de su competencia de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

3.2.1 La obligación general de garantizar la salud

El artículo 4° de nuestra Constitución Federal confiere al estado la obligación de garantizar el derecho a la protección de su salud, en el que establece lo siguiente: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Con relación al artículo 4° Constitucional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para

garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos” .⁴

3.2.2 La obligación de garantizar el derecho a la atención materno-fetal

La Ley General de Salud dispone en diversos artículos⁵ que la atención materno-fetal tiene carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, el parto y el puerperio; en tanto una emergencia obstétrica, deberá ser otorgada con respeto a la dignidad de las personas; así como al derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea, y a recibir atención profesional, respetuosa, digna y éticamente responsable por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Al respecto, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se dieron a la tarea de agrupar recomendaciones para la atención de las distintas etapas reproductivas, en las guías de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo y parto después de una cesárea, evidencias y recomendaciones.

En el presente caso, resulta de suma relevancia mencionar el contenido de las guías de práctica clínica IMSS-052-08 “Guía referencia rápida, vigilancia y manejo del parto, así como su actualización del año 2014 denominada “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, recomienda que las mujeres embarazadas de bajo riesgo, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias, si no hay indicación para el internamiento. De igual manera, en el apartado 4.2.1 recomienda que debe hospitalizarse a las pacientes en trabajo de parto hasta que se encuentren en fase activa. También, recomienda que, durante el trabajo de parto, se debe realizar monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal con doptone o estetoscopio de Pinard al menos cada 30 minutos y registrarla en el partograma.

⁴ Jurisprudencia administrativa “Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 y registro 167530

⁵ Ley General de Salud. Artículos 3° fracción IV, 27, fracciones III, y IV, 33, fracciones I y II, 51, 61 fracción I, 61 Bis, 64, 64 Bis 1 y 77 bis 37. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

Por su parte, la guía de práctica clínica IMSS-605-13 “Parto después de una cesárea, evidencias y recomendaciones” menciona que el propósito de dicha guía es ofrecer a todo el personal de salud que interviene en el control prenatal y en la resolución de los embarazos de madres con antecedente de operación cesárea, las acciones e intervenciones necesarias para evitar la repetición de ese procedimiento en los casos que no esté indicado; además refiere que, ante la evidencia de que en mujeres con embarazo de término y antecedente de la mencionada operación cesárea, que se encuentre en trabajo de parto, los hallazgos en el registro cardiotocográfico que con mayor frecuencia se relacionaron con ruptura uterina fueron la bradicardia fetal y la hiperactividad uterina, por lo cual se recomienda la monitorización cardiotocográfica continua en las pacientes con prueba de parto posterior a una cesárea con la finalidad de identificar y manejar la emergencia obstétrica de manera oportuna.

En el tema de la atención materno-fetal, es de suma relevancia destacar las normas oficiales con que cuenta el sector salud, que tratan sobre las particularidades en la prestación de los servicios de salud materna en diversos aspectos como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, entre otras, mismas que a continuación se mencionan:

La NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida;
NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica;
NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación. NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas;
NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado;
NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico;
NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

Por lo que ve a la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” establece en su punto 5.1.8 que los lugares para la atención médica que brinden servicios 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, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año. Asimismo, en su punto 5.1.11 menciona que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Por otro lado, en el numeral 5.1.14 puntualiza que los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas; por último, en el numeral 5.5.10 especifica que en el transcurso del parto la frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos [...]

Asimismo, la Ley de Salud del Estado vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, en la fracción segunda del artículo 3º hace suya la obligación en Jalisco de la priorización de la atención materno-infantil, en los términos en que lo hace la Ley General de Salud ya mencionada.

3.2.2.1 De la violencia Institucional

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, definió entre otras modalidades, a la violencia institucional, como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

La referida Ley General, tiene por objetivo establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar los abusos contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación; Contiene los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que son: La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; el respeto a la dignidad humana de las mujeres; la no discriminación, y la libertad de las mujeres, prevé en los artículos 35 y 46, fracción X, la responsabilidad del Estado para “la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres” y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.⁶

Específicamente la violencia institucional por parte de una institución de salud, encuentra su fundamento en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, y 51, fracción II, de la ya mencionada Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, que establecen su obligación de evitar “dilatarse, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”, entre ellas, la obstétrica, y aplicar “las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia” y “respetar los derechos humanos de las mujeres”.

3.2.2.2 De la violencia obstétrica

El 31 julio de 2017 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación General 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, definió a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a

⁶ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículos 35 y 46, fracción X. Última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.⁷

Por otro lado, con el fin de erradicar la violencia obstétrica en el país, el 19 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se modifica el Reglamento de la Ley General de Salud, con el objeto de regular la atención médica que debe brindarse a las mujeres que presentan una urgencia obstétrica con independencia de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Ello, en observancia al Plan Sectorial de Salud 2013-2018 del Gobierno Federal, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos que aquí se investigaron, en el que se contemplaban estrategias encaminadas a fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencia obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios y promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias de este tipo.

La Secretaría de Gobernación de la administración anterior, elaboró en abril de 2014 el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon las estrategias 1.1 y 2.3., relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene como objeto promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, buscaba fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo la violencia obstétrica⁸.

En ese tenor, la Secretaría de Salud Federal a través del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque

⁷ CNDH, Recomendación general 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, 31/07/2017. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

⁸ Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de abril de 2014.

Humanizado Intercultural y Seguro”, elaborado en el año 2008, se propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales⁹ asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

No debe pasar inadvertido que en el tema de violencia obstétrica, la CNDH emitió en 2013 el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica “está estrechamente ligada a la mortalidad materna”; además señaló que “desde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y subatención en el parto en comunidades indígenas”. Finalmente, concluyó que “las autoridades se deben comprometer a “incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica”.¹⁰

Asimismo, en el periodo del 2015 a lo que va del 2019¹¹ ese organismo de protección nacional, ha publicado 47 Recomendaciones en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con independencia del número de casos conocidos por ese organismo nacional, cualquier transgresión de los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud.

4. Análisis normativo del caso

⁹ Las parteras tradicionales son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. Actualmente participan en las redes de servicios de salud y espacios específicos para la atención del embarazo y parto, de la Secretaría de Salud y del Régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social [hoy IMSSPROSPERA]”

¹⁰ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH) “Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres”, México, Distrito Federal. 2014. Página 195 y 196.

¹¹ Recomendaciones CNDH: 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016, 50/2016, 58/2016, 61/2016, 3/2017, 5/2017, 6/2017, 24/2017, 41/2017, 43/2017, 46/2017, 48/2017, 56/2017, 75/2017, 79/2017, 36/2018, 40/2018, 52/2018, 54/2018, 55/2018, 56/2018, 58/2018, 65/2018, 3/2019, 24/2019 y 33/2019.

(V1) se dolió del personal de salud que resultara responsable del Hospital General de Occidente, ya que el 12 de noviembre de 2017 como a las 22:00 horas ingresó al área de urgencias de ginecología y obstetricia con trabajo de parto, ahí la dejaron esperando media hora. Posteriormente le realizaron un ultrasonido y le tomaron sus signos vitales y los del bebé; no obstante, que ya estaba en trabajo de parto, los médicos que la atendieron le dijeron que se fuera a su casa a descansar y regresara en tres días, pues no la recibirían antes, pero, como se sentía mal y tenía muchas contracciones, aunado a que vivía hasta Tlajomulco, decidió esperar en el lugar.

Afirmó que posteriormente, durante la madrugada del día siguiente, la revisaron en dos ocasiones más, en las que se negaron a hospitalizarla con el argumento de que aún no tenía la dilatación y las contracciones suficientes y en ambas ocasiones no monitorearon al bebé, por lo que la sacaron otra vez a la sala de espera, y alrededor de las 6:00 horas del día 13 de noviembre del 2017 la ingresaron a urgencias; sin embargo, no la atendieron a pesar de que les dijo que tenía hemorragia y contracciones, en ese momento se le acercó un médico como de 25 años, quien le dijo que la habían pasado porque su mamá estaba amenazando con demandarlo y que la iban a dejar sólo en observación hasta el cambio de turno, le pusieron suero, pero, de nueva cuenta, no monitorearon al bebé. Cerca de las 8:00 horas, la pasaron a una antesala de cirugía y fue hasta en ese momento que entró el otro turno de médicos y enfermeras que sí la atendieron bien, pero fue demasiado tarde ya que se dieron cuenta de que el bebé ya no tenía signos vitales y de inmediato le practicaron un ultrasonido que lo corroboró (punto 1 de Antecedentes y Hechos).

4.1 Desarrollo de las hipótesis

4.1.1 Primera Hipótesis

De acuerdo a los reclamos esgrimidos por la agraviada, la primera hipótesis a dilucidar es si los médicos a cargo de la atención médica de (V1) incurrieron en violencia obstétrica al no hospitalizarla de forma oportuna y dejar de realizar la vigilancia del binomio materno-fetal con la periodicidad que marcan las guías de práctica clínica y la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 sobre la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y que

esa desatención provocó que el producto de la gestación de (V1) perdiera la vida.

Al respecto, obra en actuaciones de la queja el oficio DG/714/2018 suscrito por el exdirector del HGO, por el que informó que los médicos de base que estuvieron cubriendo la guardia del 12 al 13 de noviembre de 2017 en el área ginecología y obstetricia fueron Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García, Marisol Valle Correa y Marisol Valle Correa Marisol Valle CorreaCorrea; sin embargo, a la última de las mencionadas se le comisionó al área de tococirugía. Asimismo, se documentó que el médico residente José Rodolfo Escamilla Cabrera , también le correspondió atender a la agraviada en esa jornada (punto 44 de Antecedentes y Hechos).

En sus informes, los médicos Juan Alfonso Vicenteño García, Alma Karina García Padillay José Rodolfo Escamilla Cabrera , esencialmente aseguraron que la atención que proporcionaron a (V1) fue la adecuada, pues, cuando acudió a las 22:00 horas del 12 de noviembre de 2017, iniciaba con contracciones uterinas, denominadas fase latente de trabajo de parto, por lo que se le realizó una revisión completa con un rastreo ultrasonográfico para determinar el bienestar del producto y corroboraron que la paciente se encontraba en buenas condiciones, por lo que, a pesar de que ésta contaba con cesárea previa, la recomendación fue no hospitalizarla para evitar intervenciones innecesarias y dejar que el trabajo de parto continuara de manera espontánea.

Asimismo, dijeron que en las tres revisiones subsecuentes la paciente y su nonato presentaban signos vitales estables, y no cumplía aún con los criterios de hospitalización. Hasta alrededor de las 6:00 horas del 13 de noviembre de 2017, que tuvo una dilatación adecuada, regularización de las contracciones y cambios cervicales suficientes, además de contar una pelvis útil, lo cual la hacía candidata para prueba de trabajo de parto, por lo que se ordenó su ingreso hospitalario a las 6:20 horas. Asimismo, aseguraron que a esa hora fue el último contacto que tuvieron con la paciente, pues, por cuestiones personales, gestionaron un pase de salida y se retiraron del hospital a las 6:30 y 6:36 horas, respectivamente. (puntos 4, 7 y 11 de Antecedentes y Hechos).

Por su parte, el médico residente José Rodolfo Escamilla Cabrera manifestó que luego de revisar el estado de salud de Érika y del nonato durante la noche del 12 de noviembre y la madrugada del 13 de noviembre de 2017, a las 6:00

horas del último día mencionado, por instrucciones del médico tratante inició el trámite para su ingreso a tococirugía para resolución del embarazo (punto 7 Antecedentes y Hechos).

Cabe analizar el contenido de la Guía de Prácticas Clínicas IMSS-052-05 Vigilancia y Manejo del Parto, que refiere que los partos se dividen en dos periodos, el primero se divide en dos fases: fase latente y fase activa. La misma recomienda que las mujeres embarazadas de bajo riesgo, que no estén en la fase activa de trabajo de parto no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias, si no hay indicación para el internamiento. Asimismo, recomienda que debe hospitalizarse a las pacientes en trabajo de parto hasta que se encuentren en fase activa.

Por su parte la Guía de Práctica Clínica para el Parto Después de la Cesárea, IMSS-605-103, menciona que el propósito de dicha guía es ofrecer a todo el personal de salud que interviene en el control prenatal y en la resolución de los embarazos de madres con antecedente de operación cesárea, las acciones e intervenciones necesarias para evitar la cesárea de repetición en los casos que no esté indicado.

Ahora bien, del expediente clínico elaborado en favor de (V1), suscrito por los médicos señalados Alma Karina García Padillay Juan Alfonso Vicenteño García, se advierte que en él obra el partograma del 12 de noviembre de 2017, en el que se anotó que la primera revisión que se le efectuó ocurrió a las 22:15 horas del mismo día, donde se registraron los signos vitales de Érika y la frecuencia cardiaca fetal se encontró a razón de 148 latidos por minuto. En dicho documento se registró el progreso del trabajo de parto, en donde se anotó que a las 2:20 horas del 13 de noviembre de 2017 la frecuencia cardiaca fetal era 136 latidos. Luego, a las 4:00 horas de ese día la frecuencia cardiaca del nonato fue de 134 latidos, y a las 6:20 horas tenía una frecuencia cardiaca de 149 latidos. También se señaló que Érika cumplía con los criterios de la fase activa del trabajo de parto, según las especificaciones de los cambios de cérvix establecidas en la guía de prácticas clínicas IMSS-605-13 (punto 13, inciso a) de Antecedentes y Hechos y 3 de evidencias), por lo que se ordenó su ingreso hospitalario para que fuera atendida en el área de tococirugía.

De lo anteriormente detallado se advierte que no se cuenta con elementos para acreditar que los médicos tratantes del área de urgencias aquí involucrados no le hicieron revisiones periódicas al bebé mientras su madre se hallaba en la sala de espera, puesto que, como ya se mencionó, se registró tanto el estado de

salud de ella y el de su nonato en un total de cuatro ocasiones a partir de las 22:00 horas del 12 de noviembre de 2017 a las 6:20 horas del día siguiente.

Lo anterior queda robustecido con el dictamen de responsabilidad profesional elaborado por una perita médica adscrita a esta CEDHJ, en el que concluyó que, en el presente caso, no se observaron conductas de impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de reglamentos de éstos, en el periodo comprendido de las 22:15 horas del 12 de noviembre a las 6:20 horas del 13 de noviembre del 2017, por lo que para este organismo defensor de derechos humanos se demostró que dichos médicos, al igual que el residente José Rodolfo Escamilla Cabrera, actuaron en observancia a la normatividad que los rige y por ende no violaron los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de (V1) y su nonato (punto 27 de Antecedentes y Hechos y 24 de Evidencias).

Por otro lado, tomando en consideración el cúmulo de evidencias recabadas, entre ellas el expediente clínico de (V1) y los dichos de los servidores públicos del servicio de urgencias de ginecología y obstetricia involucrados, se puede concluir que no tenía complicaciones de salud a considerar durante el periodo de espera para ser internada en el HGO para la resolución de su embarazo, aunado al hecho de que, del contenido de su inconformidad, no refirió alguna circunstancia que indicara la necesidad de la práctica de una cesárea o que se hospitalizara con mayor anticipación.

Por ello se advierte que los médicos involucrados Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García y Alma Karina García Padilla Alma Karina García Padilla decidieron el momento de su ingreso hospitalario de manera adecuada, pues lo hicieron cuando cumplía con los criterios del trabajo de parto en fase activa, como lo recomienda la guía de prácticas clínicas IMSS-605-13, especialmente tomando en consideración que, para ese momento, el progreso del trabajo de parto y el estado de salud del binomio materno-fetal se hallaban dentro de los parámetros normales.

En este punto es importante traer a colación que, en sus respectivos informes rendidos ante esta Comisión, los médicos Alma Karina García Padilla Alma Karina García Padilla y Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García afirmaron de manera coincidente que por un pase de salida que gestionaron se retiraron de su fuente laboral a las 6:36 y 6:30 horas del 13 de noviembre de 2017 y que la paciente se dejó bajo el cuidado y atención del servicio de tococirugía. Con relación a lo asegurado por dichos médicos en cuanto a la

hora en que se retiraron de sus labores fue confirmado por el ex director general y el actual director general actual del HGO (puntos 4, 11, 33, 46 y 47 de Antecedentes y Hechos y 5 y 10 de Evidencias). Con lo que se demostró que su actuación mientras estuvieron en servicio fue adecuado, por lo que para esta Comisión no se comprobó que éstos hubieran actuado de forma negligente e incurrido en violencia obstétrica en agravio de (V1).

Por su parte, la médica Marisol Valle Correa Marisol Valle CorreaCorrea afirmó en su informe que el día de los hechos que aquí se investigan, a ella le correspondió atender el servicio de tococirugía, por lo que no tuvo contacto con la aquí agraviada. Dicha información fue corroborada por el referido director del HGO, pues señaló que ésta cubrió su jornada laboral completa, que comprendió de las 19:00 horas del 12 de noviembre a las 6:30 horas del día posterior en el servicio de tococirugía (puntos 14, 42, 44, 50 y 51 de Antecedentes y Hechos y 5 y 10 de Evidencias), por lo que se evidenció que Marisol Valle Correa Marisol Valle Correa no transgredió derechos humanos en agravio de (V1).

4.1.2 Segunda hipótesis

No obstante que los médicos involucrados que estuvieron a cargo de la atención de (V1) no incumplieron sus obligaciones respecto de su atención médica mientras estuvieron laborando, de las investigaciones realizadas por personal de esta Comisión surge una segunda hipótesis, y es la de conocer si el personal directivo del HGO incurrió en violencia obstétrica e institucional al autorizar pases de salida a los médicos que tenían bajo su cuidado a la agraviada, lo que ocasionó que no hubiera médicos responsables en el área de ginecología y obstetricia durante más de una hora, lo que propició que se desencadenaran los hechos que ocurrieron en el presente caso y que culminaron con la muerte del nonato de (V1).

Dicha hipótesis resultó luego de demostrarse que a la agraviada se le dejó en el abandono cuando fue ingresada al HGO, pues se documentó que no recibió vigilancia durante un lapso de una hora y veinticinco minutos. Ello se evidenció debido a que en el ya mencionado partograma, se anotó que la última revisión que se le hizo y en la que se encontró con vida a su nonato en el servicio de urgencias de ginecología y obstetricia fue a las 6:20 horas del 13 de noviembre de 2017. Posteriormente, aparece la nota “pasa a toco” y la siguiente revisión se registró a las 7:45 horas en tococirugía, pero ya no se

encontraron signos vitales del nonato. Tal circunstancia contraviene lo establecido en las guías de prácticas clínicas IMSS -052-08 e IMSS -605-13, que estipulan que en la fase activa del trabajo de parto se debe monitorizar y registrar en el partograma la evolución del trabajo de parto y la frecuencia cardiaca fetal cada 30 minutos, lo que, de haberse efectuado, durante el periodo de una hora con veinticinco minutos, se hubiesen realizado al menos dos revisiones del estado de salud de (V1) y de su nonato, lo cual probablemente hubiera dado a los médicos tratantes la posibilidad de detectar alguna complicación en el estado de salud del binomio materno-fetal y evitar los resultados que en el presente caso se documentaron.

Por su parte, el médico adscrito Maximiliano Ponce Martínez destacó que su intervención inició el 13 de noviembre de 2017 durante el turno matutino en el servicio de tococirugía, donde le informaron que una paciente que ingresó contaba con trabajo de parto, pero no se encontró frecuencia cardiaca fetal, por lo que procedió a corroborar el diagnóstico con un ultrasonido, que luego de confirmar lo anterior le explicó a la paciente que su bebé había fallecido; sin embargo, había que evacuarlo del útero (punto 3 de Antecedentes y Hechos).

Así también, el médico residente del servicio de tococirugía Eduardo Jiménez Rodríguez manifestó que su única intervención con la paciente (V1) ocurrió en la valoración inicial que se le hizo a su ingreso al área de tococirugía el 13 de noviembre de 2017, en donde ya no se detectó actividad cardiaca del nonato, por lo que de inmediato se lo notificó al médico adscrito, se realizó ultrasonido para corroborar el diagnóstico de muerte fetal y una vez que se tuvo la certeza se procedió a la atención de parto vaginal sin complicaciones (punto 20 de Antecedentes y Hechos).

De lo anterior, cobró especial importancia conocer los horarios del personal médico que laboró en la división de ginecología y obstetricia del HGO durante la estancia de la agraviada, por ese motivo, personal de este organismo indagó cómo funciona el servicio de ginecología y obstetricia y los horarios en los que labora el personal de salud de esa especialidad. Al respecto, el jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del HGO informó que ese servicio lo componen el área de urgencias de ginecología y obstetricia y el de tococirugía, que físicamente es un solo espacio que se dividen por una especie de biombo. Con relación al personal médico manifestó que ambas áreas se cubren con los médicos adscritos y sus residentes, los primeros se coordinan para cubrir las dos áreas (punto 9 de Evidencias). Asimismo, por escrito, dicho jefe de

división informó que la médica Alma Karina García Padillacubrió un horario de las 20:32 horas del 12 de noviembre a las 6:36 horas del día siguiente; Juan Alfonsolaboró de las 20:20 horas del 12 a las 6:30 horas del día posterior y Marisol Valle Correa, cumplió con su horario de las 19:00 horas del 12 de noviembre a las 6:30 horas del día después en tococirugía (punto 10 de Evidencias).

De igual manera, informó que los médicos adscritos María de Carmen González Hernández y Maximiliano Ponce Martínez tenían un horario laboral de las 7:30 a las 14:30 horas del 13 de noviembre de 2017, lo cual demuestra que de las 6:36 a las 7:30 horas del 13 de noviembre de 2017 no había médico responsable de las pacientes de todo el servicio de ginecología y obstetricia en el HGO, circunstancia que, a todas luces, constituye una irregularidad inadmisibles en el actuar del personal directivo que autorizó los pases de salida de los dos médicos adscritos que quedarían a cargo del servicio médico ginecología y obstetricia, luego de que la médica Marisol Valle Correa Marisol Valle Correaterminara su jornada a las 6:30 horas, por lo que por su omisión deriva en una responsabilidad institucional, pues, por su falta de diligencia, el HGO dejó de cumplir con su obligación de erradicar la violencia obstétrica y brindar atención a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud, como lo acontecido en el presente caso.

Por lo anterior, esta Comisión concluye que (V1) sí fue víctima de violencia obstétrica por una inadecuada atención médica, lo cual derivó en la pérdida del nonato; sin embargo, dichas violaciones son atribuibles al personal directivo que autorizó los pases de salida de los médicos que tenían a cargo su atención médica y no a los médicos involucrados Marisol Valle Correa, Maximiliano Ponce Martínez , María de Carmen González Hernández, Eduardo Jiménez Rodríguez , Jessica Guadalupe Aguilera Vázquez, ni al personal de enfermería compuesto por (EG), Karla Alejandra Leal Sánchez, María Esther Ordoñez Vizcarra, Rosa Leticia Mendoza Diaz, Liliana Ornelas Lomelí, María Cárdenas , Ana Silvia López Solís y Jorge Guisar.

Ahora bien, no pasa inadvertido para esta Comisión que si bien los médicos involucrados Alma Karina García Padillay Juan Alfonsoejercieron sus

beneficios laborales para retirarse antes de que concluyera su jornada laboral, también cierto es que, si los médicos de la división de ginecología y obstetricia donde laboran, se coordinan entre sí para atender los servicios de urgencias de ginecología y obstetricia y tococirugía, se entiende que tenían pleno conocimiento de que la doctora Marisol Valle Correa Marisol Valle Correaculminaría su turno a las 6:30 horas, y a partir de ese momento solamente a ambos les correspondía quedarse a cargo de los dos servicios, por lo tanto, al haberse retirado antes de su horario de salida en esas condiciones, pusieron en riesgo la salud y la vida de las usuarias debido la falta de ética, responsabilidad y profesionalismo que debe regir el actuar de todo el personal de los servicios de salud.

4.2 De los derechos humanos violados

Como ya se mencionó, esta Comisión estableció en líneas anteriores que (V1) fue víctima de violencia obstétrica y debe considerarse que al cometerse dicha violencia, también se le transgredieron sus derechos a la legalidad y seguridad, a la protección de la salud, a una vida libre de violencia, y derecho a la integridad personal.

1. Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública.

El derecho a la legalidad y seguridad jurídica implica que todos los actos de la administración pública, entre los que, desde luego, se encuentran los relacionados con los servicios de salud, se realicen con apego al orden jurídico, a fin de evitar que se produzcan perjuicios indebidos en contra de las personas.

El bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad es la observancia adecuada del orden jurídico por parte del Estado, entendiendo por éste, la permanencia en un estado de disfrute de los derechos concebidos en el ordenamiento jurídico, sin que se causen perjuicios indebidos como resultado de una deficiente aplicación.

En lo referente a las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad, es visible una aplicación incorrecta de la ley, o, en su caso, la no aplicación de ella, a pesar de la satisfacción del supuesto

normativo y, además, un perjuicio contra el derechohabiente que tenga como causa precisamente la inadecuada u omisa aplicación del derecho.

Implica un derecho subjetivo, consistente en la satisfacción de la expectativa de no ser víctima de una inadecuada u omisa aplicación de la ley que traiga como consecuencia un perjuicio; como contrapartida, supone cumplir comportamientos obligatorios para la autoridad, sean éstos conductas de acción u omisión, y prohibir que se lleven a cabo.

En ese contexto, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la legalidad y seguridad jurídica se encuentra garantizado de forma integral en el contenido de sus 136 artículos, los cuales son el marco jurídico general a cumplir por parte de los elementos del Estado mexicano; de forma específica, son los artículos 14, 16 y 17 los que históricamente se han considerado como el punto de referencia para sustentar el principio de legalidad en nuestro sistema jurídico, ya que estos refieren la protección legal de las personas.

La obligación de garantizar una eficiente procuración de justicia se fundamenta en los artículos 20 apartado C, 21 y 102 apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por su parte, la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, en su artículo 48 fracciones I y II, obliga a todo servidor público a cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión; así como observar buena conducta, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación, con motivo de sus funciones.

Al respecto, la Ley de Salud del Estado de Jalisco vigente en el momento en que sucedieron los hechos que aquí se documentaron establece:

Art. 59-G. La inobservancia o incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley se sancionará conforme lo establezcan la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco o las leyes especiales.

Art. 86. [...]

Los prestadores de servicios públicos de salud cumplirán, en la atención de los usuarios, con los criterios de calidad y oportunidad que se establecen en las Normas Oficiales Mexicanas.

La legalidad, como principio del respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, se establece desde el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se señala que éstos deben ser protegidos por un régimen de derecho y que los Estado miembros se comprometen a asegurar su respeto universal y efectivo.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre también refiere de forma preliminar la fundamentación de los deberes como parte del orden jurídico.

El principio de legalidad en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, abarca una protección internacional al señalar que debe ser de naturaleza convencional, coadyuvante y complementaria del derecho interno.

De igual forma, tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establecen en sus preámbulos la necesidad de crear condiciones para lograr el disfrute de los derechos y libertades, asumiendo la obligación de los Estados para hacerlos efectivos.

2. Derecho a la protección de la salud

Este derecho fundamental se encuentra instituido por primera vez en los artículos 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estableciendo que todo individuo tiene derecho a que se le asegure, así como a su familia la vida, la libertad y a la seguridad de su persona, la salud y el bienestar, (...) en especial la asistencia médica. Asimismo, especifica que la maternidad y la infancia, tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación

adecuada¹²; también, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener¹³ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento.

Dicho órgano internacional, en su Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” del 2014, reconoció que:

“el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo”.¹⁴

Por su parte, en los artículos 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fija el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo que los Estados Partes realizarán las medidas necesarias para reducir la mortalidad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que este derecho comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Disponibilidad: Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención, así como programas de salud. La naturaleza precisa de dichas instauraciones dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud,

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud”, Ginebra, Suiza. 1996.

¹⁴ OMS. “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. septiembre de 2014.

Enlace https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.¹⁵

Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

I) No discriminación.

II) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

III) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

¹⁵Observación general 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

IV) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En los numerales 10.1, 10.2, incisos a, b y f, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) asienta que el derecho a la salud comprende el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para lo que los Estados deben garantizar que la atención de salud sea puesta al alcance de todos.

A su vez, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en sus artículos 7° y 11° el deber de los Estados Parte a la protección a la maternidad y a la infancia, destacando que toda mujer en estado de ingravidez tiene derecho a protección, cuidados y ayuda especiales. Así como también establece el derecho a la preservación de la salud por diversas medidas, entre ellas, la asistencia médica.

En su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, consideró que es “deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de

salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”¹⁶.

Por otro lado, en la Recomendación General 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, establece la obligación estatal de “garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”¹⁷.

En el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”¹⁸, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”¹⁹ (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible²⁰ (ODS), adoptados en 2015 con la finalidad de que los Estados miembros renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento, establecen la obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva y advierte que los “servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva (...) las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas”, son circunstancias que inciden en estos derechos, por lo que señala que la atención primaria de la salud debe abarcar: “servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil”²¹.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos

¹⁶ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párrafo 84

¹⁷ <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

¹⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994.

¹⁹ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000.

²⁰ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

²¹ Op. cit. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, medidas 7.3 y 7.6

Humanos, ha enfatizado que el “deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”²².

La CNDH ha reiterado en su Recomendación General 15/2009 Sobre el derecho a la protección de la salud y subsecuentes relativas al tema, que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que, de sus acciones u omisiones, dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Asimismo, dicho órgano nacional ha mencionado la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues, como lo sostuvo en la ya mencionada Recomendación General 31/2017 Sobre violencia obstétrica en el sistema de salud, existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro. La CNDH apuntó que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de que su salvaguarda se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer embarazada, de ahí la importancia de que la prestación del servicio médico que se le en cada una de las etapas de la gestación debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud.

²² Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84

3. Derecho a una vida libre de violencia

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) consagra y protege los derechos humanos y las libertades de las mujeres, es el primer instrumento que reconoce explícitamente las condiciones estructurales de desventaja de las mujeres, considera las diferentes formas de discriminación que viven y establece parámetros de políticas públicas para combatirlas. Dicho tratado internacional fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y México la ratificó el 23 de marzo de 1981.

En un total de 30 artículos, la CEDAW reconoce derechos (a la igualdad, integridad personal, participación política y nacionalidad, entre otros), definen cuáles son los actos que constituyen discriminación contra la mujer, describen la naturaleza de la obligación estatal mediante leyes, políticas públicas y programas que el Estado debe desarrollar para eliminar la discriminación; especifican las diferentes áreas en las que los gobiernos están obligados a eliminar la discriminación como son la educativa, social, económica, cultural, política y laboral

En el ámbito regional, la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) fue suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en 1994, en Belém Do Pará, Brasil. México suscribió dicha convención en 1995 y en 1998 se ratificó. Dicha convención define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” y establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, basada en su género.

Al respecto, la Constitución del Estado de Jalisco, en su artículo 4º dispone: “...Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias de todo tipo,

incluyendo las sexuales, el estado civil o cualquiera otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas...”

Por su parte, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Jalisco, la cual tiene por objeto sentar las bases del sistema y programa para la atención, prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, para garantizar su derecho a acceder a una vida libre de violencia, conforme a los principios constitucionales de igualdad y no discriminación, misma que también se refiere a la obligación de los entes estatales de evitar “dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”, y respetar los derechos humanos de las mujeres, mismas obligaciones que se encuentran contenidas en sus artículos 11, fracción V y 30, fracciones I, II y III.

4. Derecho a la integridad personal

Este derecho se encuentra protegido por el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, pues establece que todos los individuos tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, por lo que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

En el contexto de la atención médica, dentro de la sentencia en el caso Suárez Peralta vs. Ecuador la Corte Interamericana ha sostenido que las personas pueden experimentar angustia o ansiedad “por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud”, por ello, resolvió que los “Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal” .

Asimismo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en su artículo 4° expresa que “toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos

humanos”, como el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, entre otros.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”²³, estableció que la violencia obstétrica se da en las instituciones de salud y puede constituir malos tratos.

IV. Análisis contextual

En la presente queja no sólo se analizó e investigó el caso de (V1) en sus circunstancias particulares, sino que, considerando la relevancia del tema de la violencia obstétrica en el Estado, esta Comisión realizó un análisis contextual a través de la coordinación de la Unidad de Análisis y Contexto de esta CEDHJ, la cual elaboró un diagnóstico de contexto en el que tomó como base para su realización fuentes estadísticas oficiales; fuentes hemerográficas nacionales y locales; fuentes normativas internacionales, federales y estatales; fuentes académicas y recomendatorias oficiales internacionales, nacionales y estatales y fuentes del sistema de salud estatal. Asimismo, practicó tres visitas de campo al HGO y realizó un sondeo de satisfacción a pacientes en citas de control y parto para conocer los procesos de atención en dicho hospital, lo que provoca falta de información y explicación del proceso de embarazo, tiempos de espera prolongados y ausencia de un trato humanizado en el momento del parto,

En él se concluyó primordialmente que el caso de (V1) es la expresión de una deficiencia sistémica en el ejercicio del derecho a la salud en Jalisco. Al mismo tiempo, se entiende como la evidencia de la transgresión en las garantías sexuales y reproductivas de las mujeres, ya que se detectó una baja oferta de atención especializada en el estado, puesto que se demostró la centralización de la atención ginecológica y obstétrica en las Regiones Sanitarias metropolitanas y que el HGO es el que recibe la mayor presión por la saturación del nosocomio, lo que trae como consecuencia la falta de información y explicación del proceso de embarazo, tiempos de espera prolongados y ausencia de un trato humanizado en el momento del parto.

²³Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”, página 68

En ese documento se destacó que resolver las ineficiencias expuestas, implica una descentralización de la atención, la consideración de población flotante, las nuevas condiciones ambientales y necesidades demográficas, además del dinamismo de los residentes de las regiones sanitarias para la reorganización de las políticas de salud. Señaló obligación de una vinculación práctica de toda la oferta sanitaria dependiente de la Secretaría de Salud, y la necesidad de humanizar y flexibilizar procesos administrativos-burocráticos (como los cambios de turno), al estar enfocados en un ámbito tan significativo como el de la salud.

Por otro lado, dejó manifiesta la falta de cumplimiento de las Recomendaciones dirigidas a la Secretaría de Salud, pese a que han sido aceptadas por dicha autoridad, en lo relativo a la falta de sanciones a los servidores públicos señalados como responsables.

V. Del reconocimiento de la calidad de víctima y reparación del daño

1. Reconocimiento de la calidad de víctima

Este organismo autónomo de derechos humanos reconoce a (V1) su calidad de víctima directa, y demás familiares que pudieran haber sido afectados, su calidad de víctimas indirectas, en términos del artículo 4° de la Ley General de Atención a Víctimas y de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, las cuales incorporan los estándares más elevados en materia de protección y reparación integral a las víctimas.

Por ello, con fundamento en el artículo 110, fracción VI, y 111 de la Ley General de Víctimas, la institución pública en la que prestan los servicios las autoridades responsables deberá registrar a la víctima directa, así como brindar la atención integral a las personas que corresponda según la propia ley. Este reconocimiento es imprescindible para que tengan acceso a los beneficios que les confiere la ley.

2. Reparación del daño

La palabra “reparar” proviene del latín *reparare*, cuya traducción es “desagraviar, satisfacer al ofendido”, y la palabra “reparación” proviene del latín *reparatio*, cuya traducción es desagravio, satisfacción completa de una

ofensa, daño o injuria. Ahora bien, la palabra “daño”, proviene del latín *damnum*, que en el ámbito jurídico significa el detrimento o destrucción de los bienes, y no solamente en el aspecto material, sino en el sentido del daño moral y psicológico, como en el presente caso.

En cuanto al significado del término “reparación del daño”, en el *Diccionario para Juristas* se define como el derecho al resarcimiento económico a quien ha sufrido un menoscabo en su patrimonio por acto ilícito o delito. Y “reparar” significa precaver o remediar un daño o perjuicio. “Daño”, en derecho, es el delito que se comete cuando por cualquier medio se causan daños, destrucción o deterioro en cosa de otro o en cosa propia con perjuicio de tercero.

Así pues, las víctimas de violaciones de derechos humanos merecen una justa reparación, en el entendido de que un Estado constitucional y democrático de derecho debe ser garante de la protección de los derechos humanos y tiene la responsabilidad y la obligación de responder a las víctimas de violaciones causadas por la acción u omisión de los órganos de gobierno, o bien, de las y los funcionarios públicos, mediante la reparación integral del daño y la garantía de la no repetición de los hechos.

Para una comprensión integral del tema, debe precisarse que el 16 de diciembre de 2005, la Asamblea General de la ONU aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales, que consagran:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario.

Las personas serán consideradas víctimas con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los

Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, al que adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a Recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*). En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Ahora bien, la denominada reparación integral del daño a las víctimas de violaciones de derechos humanos constituye en gran medida la cristalización del sistema interamericano de derechos humanos.

El concepto de reparación integral tiene su fundamento en los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y abarca la acreditación de daños en las esferas material e inmaterial y el otorgamiento de medidas tales como: a) la investigación de los hechos; b) la restitución de derechos, bienes y libertades; c) la rehabilitación física, psicológica o social; d) la satisfacción mediante actos en beneficio de las víctimas; e) las garantías de no repetición de las violaciones, y f) la indemnización compensatoria por daño material e inmaterial.

Al respecto, la jurisprudencia que ha emitido dicho organismo internacional resulta de suma importancia y de atención para el Estado mexicano. Esto, como la retribución que se otorga a la víctima cuando sus derechos humanos han sido vulnerados.

En el sistema jurídico mexicano, a raíz de la reforma constitucional en derechos humanos de 2011, el artículo primero de nuestra Carta Magna reconoció ampliamente la obligación de reparar, como un beneficio directo de suma importancia que llenaría los vacíos existentes para una debida reparación del daño en casos de violaciones de derechos humanos, pues imponen la obligación a los órganos del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones de derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Consecuentemente con lo anterior, el 9 de enero de 2013 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la ley reglamentaria del citado artículo, bajo

el nombre de Ley General de Víctimas, y que tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos, en donde se advierte como uno de sus ejes rectores la justa y debida reparación integral del daño en atención a lo establecido en la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte y demás instrumentos en la materia.

El estado de Jalisco actualmente cuenta con su propio ordenamiento, que brinda atención y busca una reparación del daño integral para todas aquellas víctimas de violaciones de derechos humanos, a saber: Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, en la cual se estableció en su artículo 1° la obligación en sus respectivas competencias, a las autoridades de los órdenes de gobierno estatal y municipal, así como a las instituciones y organismos que deban velar por la protección de las víctimas del delito, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. Además, se estableció que las medidas de atención y protección serán proporcionadas por el titular del Poder Ejecutivo Estatal a través de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, a la que corresponde aplicar los programas, lineamientos y procedimientos administrativos, a fin de que aquellas se hagan efectivas.

En el artículo 4° de este ordenamiento se establece que las víctimas son aquellas personas físicas que hayan sufrido directa o indirectamente algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o en general cualquier riesgo o lesión a sus bienes jurídicos o derechos, como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones de sus derechos humanos reconocidos en la Constitución federal, en los tratados internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable, derivadas de una averiguación previa, un procedimiento penal o administrativo, o en su caso, en una carpeta de investigación.

En la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco se reiteró la obligación del Estado de reparar los daños causados a las víctimas mediante una reparación integral, el otorgamiento de ayuda o asistencia, y garantizar su protección, todo esto mediante una lista de derechos de las víctimas.

Dicha normativa robustece la importancia de que las políticas, programas, estrategias, lineamientos, acciones, mecanismos, medidas y procedimientos

establecidos en la Ley sean ejecutados, evaluados y aplicando los siguientes principios: I. Dignidad humana; II. Buena fe; III. Complementariedad; IV. Debida diligencia; V. Enfoque diferencial y especializado, VI. Enfoque transformador, VII. [...] VIII. Igualdad y no discriminación; X. Integralidad, indivisibilidad e interdependencia; X. Máxima protección; XI. Mínimo existencial; XII. [...]; XV. Progresividad y no regresividad; XVI. [...]

Esta CEDHJ reitera que la reparación del daño a las víctimas de una violación de derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y enfrentar las omisiones en que hayan incurrido las autoridades.

En ese sentido, es facultad de la CEDHJ reclamar una justa reparación del daño y los daños y perjuicios, conforme a lo que se ordena en el artículo 73 de la ley que la rige, y que refiere: “Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...”

No debe pasar inadvertido que, si el Estado incurre en responsabilidad con motivo de la acción u omisión de cualquiera de sus funcionarios, tiene la obligación de reparar las consecuencias de la violación. Las reparaciones serán acordes al caso en concreto que se esté tratando, y que estén establecidas en disposiciones nacionales e internacionales.

Para que un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, cumpla con el fin de proporcionar debidamente los servicios públicos y atender al bien común de los ciudadanos, es preciso que sus autoridades, además de rendir cuentas por los actos realizados en representación del pueblo, acepten su responsabilidad por las acciones y omisiones en que incurran en el ejercicio de sus funciones y reparen los daños y perjuicios ocasionados por los servidores públicos a su cargo.

En el presente caso, personal administrativo del HGO, dependiente de la Secretaría de Salud, vulneró los derechos humanos de (V1) por violencia institucional, y en consecuencia, dicha dependencia, de manera objetiva y

directa, se encuentra obligada a reparar los daños provocados, ya que no cumplió con la debida diligencia su deber de garantizar los derechos humanos a la legalidad, a la protección de la salud, a la integridad, a una vida libre de violencia obstétrica por inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Así pues, debido a que las violaciones de derechos humanos son producto de acciones y omisiones atribuibles a las autoridades públicas del estado de Jalisco, es posible determinar un nexo causal entre el caso concreto y los hechos que dieron origen a las violaciones de derechos humanos, por lo cual se propone evitar que actos similares puedan convertirse en un patrón estatal que pueda vulnerar los derechos de las personas en condiciones similares a las del caso en concreto; es obligación de la SSJ asumir en forma objetiva y directa las consecuencias derivadas de las violaciones de derechos humanos aquí señaladas, considerando que este caso enmarca una vulneración del derecho a legalidad, a la integridad personal, a la protección de la salud, a la vida libre de violencia obstétrica por inadecuada atención médica.

Con base en lo argumentado, es pertinente extender esta Recomendación al gobierno estatal, por la responsabilidad que tiene de adoptar las medidas legislativas, administrativas y judiciales necesarias para corregir conductas que violen los derechos humanos de todas las personas. Tales medidas comprenden, entre otras: a) la emisión de políticas públicas garantistas de los derechos humanos; y b) la sensibilización y capacitación del personal SSJ, de modo prioritario y permanente, en materia de derechos humanos.

Esta Comisión reconoce los esfuerzos dedicados a la protección de la salud del HGO y del personal que atiende a las mujeres embarazadas, también tiene en cuenta el profesionalismo que demuestran en la mayoría de los casos, así como el volumen de servicios que prestan; sin embargo, es preciso realizar las mejoras necesarias para optimar los servicios a la población y evitar que sucedan hechos como los narrados.

VI. Conclusiones y recomendaciones

Con fundamento en los artículos 1º y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 68, 72, 73,

75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco; 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta institución llega a las siguientes:

Conclusiones:

Para este organismo defensor de derechos humanos quedó plenamente acreditado que a (V1) fue víctima de violencia obstétrica y le fue transgredido su derecho a la legalidad, a la protección de la salud, a la integridad personal y a una vida libre de violencia por inadecuada atención médica que derivó en la pérdida del producto de la gestación, cometido por personal del HGO, por lo que ella tiene derecho a una justa reparación integral, de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, y efectiva por las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos, cuyo efecto sea no sólo restitutivo, sino correctivo, que comprenda la rehabilitación, la compensación, la satisfacción y las medidas de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas, en virtud de lo cual se emiten las siguientes:

Recomendaciones:

A la doctora María del Consuelo, directora general del OPD Servicios de Salud Jalisco:

Primera. Que la institución que representa realice el pago por la reparación del daño a la víctima (V1), conforme a derecho, de forma directa y en la que se incluyan integralmente todas las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y reparación colectiva, de conformidad con la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención a Víctimas del Estado y los instrumentos internacionales invocados en la presente Recomendación.

Segunda. Como medida de rehabilitación, gire instrucciones a quien corresponda para que personal especializado brinde la atención tanatológica, psicológica o psiquiátrica que sea necesaria a la víctima de los hechos materia de la presente Recomendación. Para lo anterior, deberá entablarse comunicación con la parte quejosa, a efecto de que, con su consentimiento, se acuerden los mecanismos de atención en su lugar de residencia, atención que debe proporcionarse por el tiempo que resulte necesario, incluido el pago de

los medicamentos que requieran éstas y sus familiares, tomando en cuenta que la CEEAV ha dado seguimiento al caso de la agraviada.

Tercera. Como medida de satisfacción, inicie, tramite y concluya procedimientos administrativos en contra del servidor público que autorizó los pases de salida de los médicos Marisol Valle Correa y Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla el 13 de noviembre de 2017.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver en torno a la probable responsabilidad de las servidoras públicas por violación de los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y deja de cumplirse con los fines de aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser ejemplares, aflictivas, inhibitorias y educativas.

Cuarta. Como medida de satisfacción, ordene que se agregue copia de la presente resolución al expediente administrativo del servidor público que resulte responsable de autorizar los pases de salida que autorizó a los médicos Marisol Valle Correa y Juan Alfonso Juan Alfonso Vicenteño García Alma Karina García Padilla el 13 de noviembre de 2017. Ello, como antecedente de que violó derechos humanos en los términos de esta Recomendación.

Quinta. Como medida de no repetición, disponga lo conducente para que se impartan cursos de capacitación con perspectiva de género al personal de salud de ese nosocomio, en temas relacionados con el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, así como sobre los derechos de los pacientes y sus familiares que los acompañan, centrados en la importancia de otorgarles un trato de calidad y calidez.

Sexta. Por último, se investigue por el Departamento de Calidad del (HGO) el caso aquí planteado y del resultado de ésta, se elaboren las propuestas que hagan posible la mejora continua de la calidad de la atención médica y como parte de sus atribuciones se incorporen programas para la atención y manejo

de los eventos adversos como el aquí documentado, de acuerdo con los siguientes pasos como mínimo:

- Promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.
- Que se cuente con una supervisión suficiente que permita garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad al paciente y la aplicación de la normatividad vigente en el proceso de atención.
- Difundir el conocimiento de lo aquí documentado, sus causas y estrategias de prevención, las cuales deben incluir una reingeniería en los roles y turnos a fin de que se considere que en ninguna área del HGO se quede sin médicos responsables.
- Capacitar al personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos lo hace con el ánimo de que el (HGO)preste con oportunidad, calidad y calidez el servicio público encomendado. En este sentido, las proposiciones de este organismo deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Esta institución deberá hacer pública la presente Recomendación y podrá darla a conocer a los medios de comunicación, de acuerdo con los artículos 79 de la ley que rige su actuación y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, párrafo segundo; y 77 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se informa a las autoridades a las que se dirige, que tienen un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se les notifique, para que informen a este organismo si la aceptan o no; en caso afirmativo, esta Comisión estará únicamente en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de aceptación.

De no ser aceptada o cumplida, las autoridades o servidores públicos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, y con base en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos; y 71 bis de la ley de esta institución, la Comisión podrá solicitar al Congreso del Estado que las autoridades comparezcan ante dicho órgano legislativo a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

Las recomendaciones de esta Comisión pretenden ser un sustento ético y de exigencia para las autoridades y la ciudadanía en la resolución de problemas cotidianos que impliquen un abuso de las primeras y, por ello, una violación de derechos. Es compromiso de este organismo coadyuvar con las autoridades, orientarlas y exigirles que su actuación refleje la alta investidura que representan en un Estado constitucional y democrático de derecho.

Atentamente

Doctor Alfonso Hernández Barrón
Presidente

Esta es la última hoja de la Recomendación /2019, que consta de 76 páginas.