

Recomendación número 05/2024

Sobre el caso de violaciones graves a los derechos humanos a la Salud y a la Vida, por actos y omisiones de servidores públicos de la Secretaría de Salud del Estado y de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a 14 de mayo de 2024.

**DRA. ALMA LILIA VELASCO HERNÁNDEZ
SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**

Distinguida Secretaria:

La Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado “B”, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 114, apartado “A”, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; artículos 1º, 2º, 3º, 5º, 13 fracciones I y II inciso a), 30 fracciones I y IV, de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca; 1º, 16 fracción I, 46, 70 inciso a), 82 fracción II, y 100, del Reglamento Interno de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, ha examinado los hechos y evidencias del expediente DDHPO/175/(01)/OAX/2017, iniciado con motivo del planteamiento formulado por VI, quien reclamó violaciones a los derechos humanos de PA1, PA2 y PA3, atribuidas a servidores públicos adscritos al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, dependientes de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus datos personales sean divulgados, se omitirá mencionar sus nombres en el presente documento, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 8º de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, y 8º párrafo tercero de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 2, fracción V, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1, 3, 10, fracción III, 56 y 57, fracción I, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno del Estado de Oaxaca; 1, 2, fracción III, 5, 9, 10 y 11 de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de

Oaxaca. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada a través del listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, previo compromiso de ésta de dictar las medidas de protección a los datos correspondientes.

Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas son los siguientes:

Significado	Clave
Víctima Indirecta	VI
Persona Agraviada	PA
Personal Médico	PM

I. Hechos.

Mediante oficio número 089 del 13 de febrero de 2017, la entonces Coordinadora de la Oficina Foránea en Ciudad Ixtepec, Oaxaca de la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, remitió el planteamiento formulado por **VI** quien presentó queja en contra del personal adscrito al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, dependientes de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca, pues manifestó que al ser aproximadamente las 20 horas del 27 de enero de 2017, llevó a **PA1** a dicho nosocomio pues presentaba dolores de parto, al llegar, **PA1** fue atendida por una doctora en el área de urgencias, quien le indicó que debía caminar y que a las 24 horas la ingresarían para las labores de parto, sin embargo, no fue atendida sino hasta las 14 horas del día 28 de enero, momento en que pasó a cirugía y nació **PA2** quien logró vivir aproximadamente 36 minutos, que durante la intervención, los doctores se percataron de que había otra bebé (**PA3**) quien logró vivir un poco más de tiempo; que a él no le informaron nada sino hasta las 17 horas en que se acercó a preguntar al pediatra por el estado de salud de **PA1** y **PA2**, que le indicaron de la existencia de **PA3** quien había nacido con un tumor en el estómago y que estaban haciendo lo posible para salvarla ya que habían ingerido mucho líquido y excremento, que **PA1** se encontraba bien.

Al ser las 22 horas le permitieron ver a **PA1** y a **PA3**, advirtiéndole que ésta última lloraba mucho lo que hizo del conocimiento de la enfermera, quien se limitó a decirle que lo checaría, y no fue sino hasta 20 minutos después que llegó un doctor a revisarla; que por su parte llevó a **PA1** al sanitario y al volver el guardia de seguridad le pidió salir, por lo que se trasladó a la sala de espera, y no fue sino hasta las 3 horas del 29 de enero de 2017, que el guardia de seguridad le indicó que podía pasar y que **PA3** había fallecido, ante lo cual una doctora le manifestó que “hicieron todo lo posible para salvarla”.

En función de lo anterior, el 7 de febrero de 2017, se inició el expediente de queja DDHPO/175/(01)/OAX/2017, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, 2º in fine, 3º en lo conducente, 5º primer párrafo, 6º fracciones I a V, 13 fracciones I y II, 30 fracción I, 44, 57, 62 y 65 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, en relación con los diversos numerales 1º, 46 fracción V, 53 fracción II, 70 inciso a), 73, 95, 104 fracción I, 118 y 119 de su Reglamento Interno.

De igual manera, con sustento en lo dispuesto por el precitado artículo 62 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, este Organismo solicitó el informe de autoridad correspondiente, asimismo, a fin de integrar el expediente y documentar las violaciones a derechos humanos cometidas en perjuicio de **PA1**, **PA2** y **PA3**, se realizaron diversos actos de investigación, en función de lo cual, se recabaron las siguientes:

II. Evidencias.

1. Acta circunstanciada del 31 de enero de 2017, en la que personal de la Oficina Foránea en Ciudad Ixtepec, Oaxaca de la Quinta Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, hizo constar el planteamiento de **VI**, quien reclamó violaciones a derechos humanos en los términos sintetizados con antelación; asimismo, adjuntó las siguientes documentales:

- a. Copia del certificado de defunción folio 160543355 de fecha 28 de enero de 2017, correspondiente a **PA2**, del que se lee que vivió 36 minutos, que presentó entre otros, asfixia severa y sepsis.
- b. Copia del certificado de defunción folio 160543356 de fecha 29 de enero de 2017, correspondiente a **PA3**, del que se lee que vivió 12 horas y 7 minutos, que presentó síndrome de dificultad respiratoria, asfixia severa y sepsis.

2. Acta circunstanciada del 16 de febrero de 2017, en la que personal de este Organismo certificó la entrevista sostenida con la encargada del Centro de Salud Rural “Los Corazones”, ubicado en San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, quien informó que desde el mes de agosto de 2016 se dio el control de embarazo de **PA1** y proporcionó copia del expediente de control de embarazo correspondiente, de la que se desprende que dicha persona acudió a citas los días 16 de agosto, 16 de septiembre, 25 de octubre, 16 de noviembre y 16 de diciembre de 2016.

3. Acta circunstanciada del 16 de febrero de 2017, en la que personal de este Organismo certificó la entrevista sostenida con **VI**, quien reiteró que llevó a **PA1** al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, el 27 de enero de 2017; que al ser las

23 horas le hicieron un ultrasonido y le dijeron que en una hora más la intervendrían, pero eso no pasó sino hasta las 13 horas del día 28 de enero, que supo que **PA2** nació a las 14 horas y que vivió 42 minutos, y que **PA3** nació a esa misma hora y vivió hasta las 02:48 horas del 29 de enero, que de ello se enteró ya que preguntó a un médico que iba pasando ya que no le habían informado nada.

4. Acta circunstanciada del 16 de febrero de 2017, en la que personal de esta Defensoría certificó la plática sostenida con **PA1** quien manifestó que en el mes de junio de 2016 se enteró de que tenía 3 meses de embarazo y a partir de ese momento acudió a revisión al Centro de Salud Rural “Los Corazones”; que aproximadamente a los siete meses se hizo un ultrasonido en una clínica particular y le dijeron que tendría una niña; que al llegar los 9 meses, el 27 de enero empezó con dolor y se fueron al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, al que llegó a las 19 horas acompañada de **VI** y su cuñada; que una doctora le hizo el tacto y la mandó a caminar y que a las 12 de la noche la intervendrían, sin embargo, dado que tenía dolor regresó al hospital a las 23:30 horas en donde le pusieron suero, que al ser las 12 horas del 28 de enero le hicieron un ultrasonido en el que solo se veía un producto, y cerca de las 14 horas la ingresaron al quirófano y le hicieron una cesárea, por lo cual nació **PA2** a quien no escuchó llorar, vivió muy poco tiempo; que le preguntaron si sabía que tenía gemelas porque había otra nena, **PA3** nació después, que lloró y se la llevaron a hacer estudios pues le dijeron que tenía una infección en la sangre, que falleció a las 3:30 horas del 29 de enero; que a ella le pusieron un dispositivo intrauterino (DIU) y se quedó hospitalizada hasta el 2 de febrero.

5. Oficio 4C/4C.3/1673/2017 del 11 de mayo de 2017 suscrito por el entonces Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca, quien remitió las siguientes documentales de interés:

- a. Oficio HCSPT/2017/D/0328 del 10 de marzo de 2017, suscrito por el Director del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, quien proporcionó el nombre de los doctores que participaron en la atención otorgada a **PA1**.
- b. Resumen clínico de fecha 28 de enero de 2017, suscrito por **PM1**, médico familiar misma que realizó tacto vaginal a **PA1**, a la exploración la encontró dentro de la normalidad, estaba en trabajo de parto fase activa y esperando valoración de ginecoobstrecia para normar conducta a seguir; que la paciente presentó fiebre a las 10 horas, fue valorada por el servicio de ginecología quien dio la indicación de interrupción del embarazo por vía abdominal.
- c. Resumen clínico suscrito por **PM2** quien informó que el 28 de enero de 2017, a las 10 horas acudió al servicio de urgencias a petición de **PM1**, para valorar a **PA1** primigesta de 31 años de edad, quien cursaba embarazo de 38.5 semanas en



trabajo de parto activo, probablemente macrosómico. Que fue informado por **PM1** respecto del tacto vaginal e indicó a **PA1** que de no progresar su trabajo de parto se interrumpiría la gestación por vía abdominal a mediodía, ya que no contaba con personal de enfermería en quirófano ni con médico ayudante; que solicitó preparar su cirugía en cuanto llegara el personal de la tarde; al medio día le fue reportado que la paciente inició con fiebre de hasta 39° por lo que se le pasó a quirófano en tanto llegaba el personal de la tarde; que pasó a quirófano a las 12 horas y encontró gran cantidad de líquido de ascitis fétida en la cavidad abdominal, que obtuvo líquido amniótico muy oscuro y dos productos femeninos, las cuales nacieron en muy malas condiciones, una falleció a los 15 minutos aproximadamente y la otra por la noche. Finalmente señaló que la paciente contaba con un estudio de USG que reportaba un producto y que no llevó un control prenatal adecuado.

- d. Nota informativa del 6 de abril de 2017, signada por **PM3** quien refirió que **PA3** se encontraba hospitalizada en el área de cuneros del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, que se trató de una recién nacida de término, femenino, peso bajo para la edad gestacional de 38 sdg, asfixia severa parcialmente recuperada, riesgo de sepsis por urosepsis materna, síndrome de dificultad respiratoria tipo 2; que el día 29 de enero de 2017, la enfermera del área de hospitalización acudió al consultorio de urgencia para informarles que presentaba cianosis peribucal y cianosis distal, por lo que se le proporcionó respiración con mascarilla y cayó en paro cardio respiratorio, por lo que se decide intubar así como también un masaje cardíaco durante 20 minutos aproximadamente sin mejora ni respuesta en sus signos vitales, por lo que se dio por fallecida con certificado de defunción folio 160543356 con los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, asfixia severa y sepsis, con hora de defunción 2:48 del 29 de enero de 2017.
- e. Resumen de atención médica a **PA2**, signado por **PM4** quien asentó que nació producto femenino por vía cesárea, que no se tenía conocimiento de embarazo gemelar, que la recibió de manos del ginecólogo encargado y brindó los cuidados iniciales en forma habitual, que llamó la atención el perímetro abdominal demasiado grande en proporción al resto del cuerpo; que minutos más tarde presentó palidez de tegumentos e inicio de bradicardia y posteriormente cianosis que se fue haciendo más pronunciada, inició presión positiva con mascarilla y ambú por un periodo aproximado de dos ciclos con pobre respuesta, por lo que se procedió a colocar cánula endotraqueal y continuó dando presión positiva, con oxígeno al 100%, el ambú a través de la cánula endotraqueal; se le recuperó parcialmente aumentando su frecuencia cardíaca, mejoró su coloración y tono muscular, después de unos minutos de asistencia especializada en forma intensiva, volvió a deteriorarse súbitamente, le fue aplicada una dosis de adrenalina

sin respuesta, le dieron soporte por varios minutos hasta la aparición de una midriasis pupilar permanente y sin respuesta a los estímulos luminosos, momento en el que fue declarada muerta. Que durante la exploración sintieron a nivel abdominal tumoraciones de grandes dimensiones en todo el marco cólico que por sus características y frecuencia de su aparición probablemente fueran tumores a expensas de riñones o masa hepática, sin descartar alguna malformación congénita agregada a nivel cardíaco que provocara el colapso cardíaco irreversible a las maniobras de reanimación. Agregó que de las condiciones en que nació la menor de edad y del manejo realizado se le dio informe en tiempo real a la madre, y al salir del quirófano mantuvo adecuadamente informado al padre.

- f. Resumen clínico suscrito por **PM5**, quien señaló que a las 23:30 horas del 27 de enero de 2017 ingresó **PA1** con diagnóstico de ingreso de embarazo de 38.5 sdg por FUM, TDP FL, probable producto macrosómico; que refirió inicio de sintomatología 3 horas previas a su ingreso; que presentó USG del 20 de diciembre de 2016 que reporta embarazo único de 31.6 semanas oblicuo; diagnóstico: G1 emb 38.5 sdg por FUM, trabajo de parto fase latente, probable producto macrosómico, probable DCP; pronóstico reservado.
- g. Copia de los expedientes clínicos formados con motivo de la atención proporcionada a **PA1** y **PA3** en el Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca.

6. Opinión Técnica Médica Institucional CEAMO/2S.3/2017/014 de fecha 9 de octubre de 2017, suscrita por el Presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, para el que se tomó como material de estudio la narrativa de hechos de **VI**; el expediente clínico de **PA1** durante su atención médica en el Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca; el ultrasonido obstétrico realizado extra institucionalmente; los expedientes clínicos de **PA2** y **PA3**, durante su atención médica en el Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca; resúmenes clínicos elaborados por **PM1**, **PM2**, **PM3**, **PM4** y **PM5**. En dicha opinión se concluyó lo siguiente: 1. Que la atención médica brindada a **PA1** no fue la correcta; 2. que pudo habersele enviado un citatorio para continuar su control prenatal, que **PM1** y **PM5** no realizaron la valoración clínica correcta a **PA1**, en consecuencia no detectaron que se trataba de un embarazo de alto riesgo pues se trataba de un embarazo gemelar, que existían factores de riesgo por corioamnionitis, no vigilaron la evolución del trabajo de parto y por tanto no detectaron datos de sufrimiento fetal; **PM2** tampoco hizo una valoración correcta y se confió en un estudio de ultrasonido realizado a las 31 semanas con un reporte erróneo que indica un producto único, y en las valoraciones de **PM1** y **PM5**, con la resultante de no detectar factores de riesgo en la paciente y de sufrimiento fetal en ambos fetos, procesos iniciales que llevaron a desencadenar otras enfermedades graves (asfisia y síndrome de aspiración de meconio)

que finalmente llevaron a la muerte de **PA2** y **PA3**; 3. Que existieron omisiones durante la atención de **PA1** por falta de vigilancia y cuidados en el periodo perinatal, que el deceso de **PA2** y **PA3** se debió a dos factores iniciales, a saber, infección materna (corioamnionitis) y sufrimiento fetal agudo, estos condicionaron un proceso séptico en los fetos y un estado de asfixia in útero, consecuentemente existió un síndrome de aspiración de meconio severo y ambos problemas las llevaron a la muerte; que en el caso de **PA1** se agregaba la posibilidad de una malformación congénita en abdomen desconocida en su origen, y en el caso de **PA2**, no fue atendida correctamente durante su periodo de gravedad.

III. Situación Jurídica.

En el mes de junio de 2016 **PA1** se enteró de que tenía 3 meses de embarazo y a partir del mes de agosto de esa anualidad acudió a revisión al Centro de Salud Rural “Los Corazones”, en donde tuvo 5 consultas de seguimiento, a saber, los días 16 de agosto, 16 de septiembre, 25 de octubre, 16 de noviembre y 16 de diciembre de 2016; por su parte, al tener aproximadamente siete meses de embarazo, **PA1** se realizó un ultrasonido de forma particular.

Al presentar dolores, acompañada de **VI** y otra persona, el 27 de enero de 2017, aproximadamente a las 19 horas acudió al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, sin embargo, no ingresó sino hasta las 23:20 horas en que la recibió **PM5** quien asentó en su diagnóstico de ingreso un embarazo de 38.5 sdg, que refirió inicio de sintomatología 3 horas previas a su ingreso; que presentó USG del 20 de diciembre de 2016 que reporta embarazo único de 31.6 semanas oblicuo, trabajo de parto fase latente, probable producto macrosómico, probable DCP; pronóstico reservado.

El día 28 de enero de 2016, fue revisada en el servicio de urgencias por **PM1**, quien anotó que el trabajo de parto continuaba, que existía sólo un producto, que tenía frecuencia cardíaca fetal normal y pocos cambios al tacto vaginal; posteriormente, fue revisada por **PM2** quien se fío de un ultrasonido realizado dos meses antes, y no realizó tacto vaginal confiando al respecto en los reportes realizados por **PM5** y **PM1**, e indicó la interrupción del embarazo vía abdominal, lo cual no se pudo hacer de manera inmediata por no contar con personal de enfermería en quirófano ni con médico ayudante, sin embargo, al medio día **PA1** presentó fiebre de 39° por lo que ingresó a quirófano en donde fue intervenida por **PM2**, quien encontró gran cantidad de líquido de ascitis fétida en la cavidad abdominal de **PA1**, así como líquido amniótico muy oscuro, y no fue sino hasta ese momento que el personal médico advirtió que se trataba de un embarazo gemelar, pues obtuvieron dos productos femeninos las cuales nacieron en muy malas condiciones.

7

En el caso de **PA2** fue recibida por **PM4**, mostraba el perímetro abdominal demasiado grande en proporción al resto del cuerpo, y presentó complicaciones que fueron atendidas por **PM4**, se le recuperó sin embargo, después de unos minutos volvió a deteriorarse y no obstante fue atendida al no presentar respuesta a los estímulos luminosos, fue declarada muerta 36 minutos después de su nacimiento.

Por lo que hace a **PA3** presentó asfixia severa de la que fue parcialmente recuperada, riesgo de sepsis por urosepsis materna, síndrome de dificultad respiratoria tipo 2 y fue internada en el área de cuneros del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, el 29 de enero presentó cianosis peribucal y cianosis distal, y no obstante fue atendida cayó en paro cardio respiratorio, y a pesar de ejecutar las acciones y maniobras correspondientes no hubo respuesta en sus signos vitales, por lo que se dio por fallecida con a las 2:48 horas de esa fecha.

IV. Observaciones y Valoración de Pruebas.

El análisis de los hechos y evidencias descritos en los capítulos respectivos, valorados de acuerdo con los principios de derechos humanos, así como del debido proceso, la lógica y de la máxima experiencia, en términos del artículo 67 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca y 76 de su Reglamento Interno, permiten determinar que se acreditaron las violaciones a los derechos humanos reclamadas en agravio de **PA1**, **PA2** y **PA3**, violaciones relativas a los derechos a cuyo estudio se entra a continuación.

8

A. Derecho a la Salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“la salud es un estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*.

De acuerdo a la definición del diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra, *“En términos físicos, la salud implica una funcionalidad adecuada del organismo. Esto comprende la capacidad de realizar actividades cotidianas sin limitaciones físicas, la*

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), consultable en: <chrome-extension://efaidnbmninnipocajpcgiclfindmkaj/https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

resistencia a las enfermedades y la capacidad de recuperación frente a los traumas físicos, entre otros factores. La salud mental, por su parte, engloba el bienestar emocional y psicológico, la capacidad para manejar el estrés, desarrollar habilidades sociales y mantener relaciones interpersonales saludables, así como la capacidad para aprender, trabajar y tomar decisiones. La salud mental es esencial para el bienestar general, y los problemas de salud mental, como la depresión o la ansiedad, pueden tener un impacto significativo en la salud física. La salud social, un componente a menudo menos reconocido de la salud, se refiere a la capacidad para interactuar de manera efectiva con la sociedad y tener relaciones personales que promuevan el bienestar emocional. La salud social puede verse afectada por una variedad de factores, como el aislamiento, el acoso, la discriminación y la falta de apoyo social. [...] Además de estas tres dimensiones, hay factores más amplios que afectan a la salud y que son reconocidos en el concepto de determinantes sociales de la salud. Estos incluyen condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estos factores tienen un impacto en la salud a través de su influencia sobre los comportamientos de salud, las oportunidades de acceso a los servicios de salud, y la exposición a factores de riesgo de salud. Finalmente, la salud es un estado dinámico que cambia a lo largo de la vida de una persona y que está influido tanto por factores genéticos como por factores ambientales y de comportamiento. El mantenimiento de la salud, por lo tanto, requiere un enfoque de toda la vida que incluya una dieta saludable, actividad física regular, medidas preventivas como vacunaciones y exámenes médicos regulares, cuidado de la salud mental, y una red de apoyo social sólida.²”

Vista así, existe una responsabilidad de la persona en cuanto al mantenimiento de su salud, pues dejando de lado factores genéticos o de otra índole, es claro que la alimentación, el ejercicio y otras acciones, contribuyen de sobremanera al bienestar físico, mental y social de las personas; empero, en circunstancias como la analizada en el caso concreto en que **PA1** se percató de que estaba embarazada al tercer mes, es claro que los cuidados y prevenciones que requiere, no sólo dependen de ella o su entorno familiar, sino que existe una corresponsabilidad del Estado en cuanto al control y seguimiento del embarazo, así como de que ello se dé por medio del personal adecuado en instalaciones de calidad suficientes para otorgar el servicio y atención médica que correspondan.

En ese sentido cabe señalar que la salud pública es el conjunto de actividades sociales y políticas destinadas a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria, dentro de las funciones de los entes encargados de la

² Información consultable en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/salud>

salud pública deben encontrarse entre otras, la de diseñar políticas públicas en materia de salud; coordinar de programas de salud; administrar el Sistema Estatal de Salud; promover la salud, así como prevenir, controlar y erradicar enfermedades; elaborar campañas educativas; garantizar la calidad del sistema sanitario, el derecho y acceso a los servicios de salud, y el bienestar colectivo y calidad de vida.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “las funciones esenciales de salud pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población. Esta renovada propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población. Otro de los rasgos que sobresalen de la definición es reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales. Esta propuesta renovada de las FESP busca orientar el desarrollo de políticas de salud pública a través de la colaboración intersectorial durante cuatro etapas que forman parte de un ciclo de políticas integrado: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. Asimismo, se introduce un nuevo paradigma para la salud pública basado en cuatro pilares orientados a la acción: I) la necesidad de aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas; II) abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones; III) garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos; y, IV) expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.³”

10

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que *“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o la adopción de instrumentos jurídicos concretos⁴”*.

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su

³ Información consultada en <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

⁴ Véanse Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), párr. 1.

salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud⁵.

El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud⁶.

Basada en esa la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México definió el derecho a la salud cómo: *“Se refiere al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades. Por ello implica la obligación del Estado de generar condiciones que posibiliten que toda persona disfrute de una gama de facilidades, bienes y servicios para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental que le permita vivir dignamente, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención; así como el acceso a servicios de salud de calidad⁷”.*

Dicha prerrogativa se encuentra tutelada en diversos ordenamientos legales, a saber, en el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone: *“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. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión*

⁵ Idem. Parra 8.

⁶ Ibidem. Parr 9.

⁷ Catálogo para la Clasificación de Violaciones a Derechos Humanos. CDHCDMX. Edición 2020, p. 110, consultable en: https://piensadh.cdHCM.org.mx/images/publicaciones/serie_de_documentos_oficiales/2020_Catalogo_violaciones_a_DH_Digital.pdf

progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.

Por su parte, la primera parte del artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; [...]”.*

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala: *“Artículo 12 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

Asimismo, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos para asegurar los Derechos Económicos Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, en su artículo 10 establece: *“Artículo 10. Derecho a la Salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”*

12

Por su parte, la Ley General de Salud señala en su artículo 1º Bis que *“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*, mientras en su artículo 2º establece: *“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y*

mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y VIII. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”.

Para la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “*el derecho a la salud es un derecho inclusivo. Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina "factores determinantes básicos de la salud". Son los siguientes: 1. Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; 2. Alimentos aptos para el consumo; 3 Nutrición y vivienda adecuadas; 4. Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; 5. Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; y, 6. Igualdad de género.*”⁸.

13

Asimismo, la ACNUDH ha establecido que “*El derecho a la salud comprende algunos derechos. Esos derechos incluyen los siguientes: 1. El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; 2. El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; 3. El acceso a medicamentos esenciales; 4. **La salud materna, infantil y reproductiva**; 5. El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; 6. El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; 7 La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.*”⁹

⁸ Información consultable en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf)

⁹ Idem.

La OMS ha señalado que *“por salud materna se entiende la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. [...] La mayor parte de las defunciones maternas son prevenibles mediante la asistencia oportuna de un profesional sanitario capacitado en un entorno propicio. La meta consistente en poner fin a la mortalidad materna prevenible debe seguir siendo la máxima prioridad de la agenda mundial. Al mismo tiempo, la mera supervivencia al embarazo y el parto no pueden ser nunca el indicador de éxito de la atención materna. Es crucial redoblar los esfuerzos orientados a reducir las lesiones y discapacidades maternas y promover la salud y el bienestar. Cada embarazo y cada parto son únicos. Para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a una atención de salud materna respetuosa y de alta calidad es fundamental superar las desigualdades que influyen en los resultados de salud, en particular en los concernientes a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como a las cuestiones de género.”¹⁰*

Por su parte, la salud reproductiva se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad y es analizada a partir de tres elementos básicos: 1. Capacidad, que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo; y gozar de su sexualidad; 2. Logro, que depende de la supervivencia y el desarrollo de un(una) niño(a) sano(a); y, 3. Seguridad, que significa embarazos y partos con bajos riesgos.

En relación al último de estos tres puntos, es necesario señalar que, en el caso concreto, al enterarse **PA1** de que se encontraba embarazada, acudió al Centro de Salud Rural “Los Corazones”, ubicado en San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, en donde se le brindó el control de su embarazo a partir del mes de agosto de 2016, lo anterior, corroborado incluso por la encargada de dicho Centro, quien además de proporcionar el expediente de control de embarazo correspondiente, señaló que **PA1** acudió a citas los días 16 de agosto, 16 de septiembre, 25 de octubre, 16 de noviembre y 16 de diciembre de 2016.

A ese respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, define la *“Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las*

¹⁰ Información consultable en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.”

Como se lee de lo anterior, uno de los objetivos del control del embarazo o la atención prenatal es el de vigilar la evolución del embarazo, así como detectar síntomas de urgencia o si existe algún factor de riesgo obstétrico; de acuerdo a la Opinión Técnica Médica Institucional CEAMO/2S.3/2017/014, el riesgo obstétrico es la condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad; de tal manera que los embarazos se clasificarán en embarazos de poco riesgo, de riesgo intermedio y de alto riesgo; se añade en dicha opinión colegiada que el embarazo gemelar, por definición, es un embarazo de alto riesgo, siendo el parto prematuro la principal complicación, seguida de síndromes hipertensivos y restricción de crecimiento fetal, además de que existen complicaciones específicas de la placentación gemelar, todo lo cual aumenta la morbilidad perinatal. Asimismo, se añade en dicha opinión que las características de un embarazo gemelar están al alcance de los estudios de ultrasonido, pero también puede diagnosticarse a través de la revisión clínica general, pero minuciosa y utilizar el estudio de ecografía como un elemento paraclínico que permitirá confirmar el diagnóstico.

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de Embarazo Múltiple¹¹ refiere que el embarazo gemelar es de alto riesgo, que debe seguir un control de embarazo más estricto que el de un embarazo único, que el diagnóstico puede hacerse desde el primer trimestre de embarazo y que el seguimiento (consultas prenatales), debe hacerse con mayor frecuencia, además de que la gemelaridad es una indicación absoluta de parto por cesárea sobre todo en mamá primigesta.

Respecto del seguimiento al embarazo a través de las consultas prenatales, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, señala lo siguiente: “5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario: 1^a consulta: entre las 6 - 8 semanas; 2^a consulta: entre 10 - 13.6 semanas; 3^a consulta: entre 16 - 18 semanas; 4^a consulta: 22 semanas; 5^a consulta: 28 semanas; 6^a consulta: 32 semanas; 7^a consulta: 36 semanas; y 8^a consulta: entre 38 - 41semanas. La importancia de la atención prenatal

¹¹ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de Embarazo Múltiple. México. Secretaría de Salud. 2013. Información consultable en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/628GRR.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/628GRR.pdf)

con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.”.

A pesar de lo anterior, como ya fue señalado previamente, **PA1** acudió a citas solamente en 5 ocasiones, a saber, los días 16 de agosto, 16 de septiembre, 25 de octubre, 16 de noviembre y 16 de diciembre de 2016, eso es, cuando tenía aproximadamente 31 semanas de gestación, lo cual claramente contraviene lo establecido en la precitada norma y evidencia que no llevó un control prenatal completo.

Asimismo, no debe pasar desapercibido que el punto transcrito de la NOM-007-SSA2-2016 habla del ultrasonido como un medio fundamental de vigilancia, y en su punto 5.2.1.16. que se debe *“Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.”.*

No obstante lo anterior, de la revisión del expediente de control de embarazo de **PA1** que fuera proporcionado por la encargada de la Unidad Médica “Los Corazones”, no se advierte referencia alguna a la realización de un ultrasonido en ese Centro de Salud o su remisión para tal efecto a un centro de atención u hospital del siguiente nivel, en caso de que con se contara con el equipo adecuado; además, llama la atención que los análisis clínicos agregados a dicho expediente, corresponden a laboratorios particulares, a saber, “LabGutiérrez, laboratorio de Análisis Bioquímico-Clínicos” y a “Laboratorio de Análisis Clínicos y Citología Diagnóstica Domínguez”, lo cual permite deducir que **PA1** tuvo que sufragar los gastos para la realización de las pruebas y análisis clínicos que le fueron requeridos para el seguimiento de su control natal.

Dicha circunstancia se agrava si se toma en consideración que, al llegar **PA1** al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, se tomó como referencia el estudio de ultrasonido que la paciente exhibió y que se hizo de forma particular, por tanto, no fue advertido que se trataba de un embarazo gemelar, sino que el personal médico que la revisó en el área de urgencias de dicho nosocomio e incluso el ginecólogo que la intervino presuponían que se trataba de un embarazo único.

Retomando el análisis de los hechos, es de reiterarse que el día 27 de enero de 2017, al

presentar dolores, **PA1** se trasladó acompañada de **VI** a las instalaciones del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, a las que arribó aproximadamente a las 20 horas, no obstante el estado en que se encontraba, le fue indicado que debía caminar y regresar más tarde al nosocomio, indicación que acató y de las constancias que obran en el expediente que se resuelve, se advierte que regresó al nosocomio al ser aproximadamente las 23:00 horas de esa misma fecha, y al ser cerca de las 23:30 horas fue atendida por **PM5**.

Ahora bien de acuerdo al expediente clínico y al resumen clínico suscrito por **PM5**, se tiene que dicha médico familiar realizó tacto vaginal a **PA1**, y asentó en su diagnóstico de ingreso un embarazo de 38.5 sdg, que refirió inicio de sintomatología 3 horas previas a su ingreso; que presentó USG del 20 de diciembre de 2016 que reporta embarazo único de 31.6 semanas oblicuo, trabajo de parto fase latente, probable producto macrosómico, probable DCP; pronóstico reservado; de lo anterior, se desprende que **PM5** consideró que se trataba de un embarazo único con base en la exploración y el ultrasonido multicitado, aunado a ello, hizo la anotación de un pronóstico reservado, lo cual es utilizado por los médicos para hacer referencia a una situación en que es difícil determinar la posible evolución o expectativa respecto al desenlace del estado del paciente, también, suelen utilizar ese término en momentos en que no hay suficiente información como para poder especular el porvenir del paciente o cuando hay riesgo de aparición de complicaciones.

17

Dicho de forma coloquial, el término pronóstico reservado implica normalmente que el médico no tiene la suficiente información para saber si el paciente logrará mejorar, ya que muy seguramente el padecimiento es grave, y se debe esperar un tiempo para evidenciar si con el tratamiento hay mejoría, y disminución de la gravedad del cuadro.

A pesar de lo anterior, no fue sino hasta las 8 horas del día 28 de enero de 2017 en que **PA1** nuevamente fue valorada, esta vez por **PM1**, quien nuevamente realiza exploración física, quien dejó asentado que el trabajo de parto continuaba, que existía sólo un producto, que tenía frecuencia cardíaca fetal normal y pocos cambios al tacto vaginal.

Nuevamente conviene hacer referencia a la Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014 en que se establece que el primer paso para la atención obstétrica, es la evaluación de las condiciones maternas y fetales, pues de ello dependerá el plan a seguir para la atención del parto, y una vez realizada la valoración clínica de la madre y del producto de la concepción, debe decidirse si hay algún problema obstétrico que impida el trabajo de parto o interrumpirlo por la vía abdominal mediante la operación cesárea. En dicho documento se establece igualmente que la progresión del trabajo de parto debe vigilarse estrechamente y documentarse con exactitud en el expediente clínico,

pues el objetivo es vigilar problemas en la madre, la dinámica de las contracciones uterinas correlacionándolo con la frecuencia cardíaca fetal, todo lo cual dará una idea del bienestar biofísico en que se encuentra el feto y en su caso permitirá detectar datos de sufrimiento fetal agudo que pudiera presentar el feto durante el trabajo de parto. Asimismo, se añade que el término sufrimiento fetal expresa un concepto de orden clínico que comprende algunas alteraciones funcionales del feto, asequibles a diversos recursos propedéuticos durante el embarazo y que son interpretadas habitualmente como traductoras de un estado en el cual hay peligro más o menos próximo de muerte para el feto.

En la Opinión Técnica Médica en comento, se concluye que las valoraciones clínicas de **PM5** y **PM1** no fueron adecuadas ya que las maniobras básicas de evaluación obstétrica no fueron ejecutadas correctamente y por lo tanto no identificaron el embarazo gemelar; no vigilaron correctamente la evolución del trabajo de parto, por tanto, no detectaron que las niñas cursaban con sufrimiento fetal agudo pues en la hoja del partograma no hay anotaciones desde el momento de ingreso hasta el día siguiente; no evaluaron factores de riesgo para corioamnionitis en **PA1**; no elaboraron el expediente clínico correctamente ya que la historia clínica, las notas médicas y las cartas de consentimiento informado eran incompletas; además de que incumplieron la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, ya que su interrogatorio y su exploración física no fue completa.

18

Todo lo cual puso en riesgo a **PA1** y desencadenó un riesgo para **PA2** y **PA3**, quienes a la postre fallecieron como se verá más adelante.

Por otro lado, **PM1** agregó que alrededor de las 10 horas del 28 de enero de 2017, **PA1** presentó fiebre y solicitó la intervención de **PM2**, quien acudió al servicio de urgencias y valoró a **PA1** dejando anotado que se trataba de primigesta de 31 años de edad, quien cursaba embarazo de 38.5 semanas en trabajo de parto activo, probablemente macrosómico; asimismo, fue informado por **PM1** respecto del tacto vaginal e indicó que de no progresar su trabajo de parto se interrumpiría la gestación por vía abdominal a mediodía, **ya que no contaba con personal de enfermería en quirófano ni con médico ayudante.**

Lo anterior deja de manifiesto que, desde ese momento ya existía una necesidad de intervención urgente a **PA1**, y que si ello no se realizó, fue por falta de personal médico y de enfermería, lo cual, al igual que la falta de realización del ultrasonido de que se habló con antelación, evidencian una responsabilidad institucional, por carecer el Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, de los insumos y el personal necesario para la atención médica integral que requería **PA1** y que desde luego debe proporcionarse

a la población del género femenino que se encuentre embarazada, y aún a la que no que requiera atención de especialista en ginecología.

Por otro lado, **PM2** indicó en resumen clínico hecho llegar a este Organismo, que al medio día del 28 de enero de 2017, le fue reportado que la paciente inició con fiebre de hasta 39° por lo que se le pasó a quirófano en tanto llegaba el personal de la tarde; que pasó a quirófano a las 12 horas y encontró gran cantidad de líquido de ascitis fétida en la cavidad abdominal, que obtuvo líquido amniótico muy oscuro y dos productos femeninos, las cuales nacieron en muy malas condiciones, una falleció a los 15 minutos aproximadamente y la otra por la noche. Finalmente señaló que la paciente contaba con un estudio de USG que reportaba un producto y que no llevó un control prenatal adecuado.

La fiebre, entre otros síntomas que debieron advertir los médicos que hasta ese momento habían valorado a **PA1**, permitían deducir que la agraviada presentaba corioamnionitis o infección intra-amniótica, lo cual implica una inflamación o infección de la placenta, corión y el amnios (membranas fetales), se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto, en cuyo caso, los profesionales de la salud deben ceñirse a la Guía de Referencia Rápida Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención¹², pues no seguir el protocolo adecuado expone a riesgos tanto a la madre como al feto, dentro de las complicaciones a que alude dicha Guía encontramos: 1. Fetales. Muerte perinatal, Asfixia, Choque séptico, Prematurez, Bajo peso, hipotensión arterial, Síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, bronco displasia pulmonar, hemorragia interventricular, leucomalasia periventricular, asociada al desarrollo posterior de parálisis cerebral, enterocolitis necrosante, APGAR bajo, convulsiones neonatales y FUNITIS; 2. Maternas: Bacteriemia (menos del 10%), Atonía uterina con Hemorragia Infección de herida quirúrgica (menos del 10%) abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, endometritis puerperal, sepsis, choque séptico, hemorragia post parto. Síndrome de distress respiratorio del adulto, Coagulación intravascular diseminada.

La Guía en mención señala que casos graves pueden llevar a la muerte de la madre y el feto, de tal forma que dicho documento se erige como una herramienta de prevención, diagnóstico y tratamiento con fines de mejorar la calidad de la atención y reducir las secuelas de la enfermedad.

Al respecto, la Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014 agrega que el tratamiento debe ser hospitalario y se basa en la interrupción del embarazo y la administración de

¹² Consultable en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/606GRR.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/606GRR.pdf)

antibióticos de amplio espectro, el cual debe iniciarse inmediatamente al establecerse el diagnóstico, que las complicaciones con maternas y fetales, y van desde secuelas neurológicas y sepsis en el neonato hasta la muerte en ambos, que la paciente con factores de riesgo debe estar bajo vigilancia estrecha y entre las manifestaciones más frecuentes se encuentra la fiebre igual o mayor a 38°C, sin que pase desapercibido que, como fue señalado en líneas anteriores, **PA1** llegó a presentar 39°C de temperatura, aunado a ello, una vez que fue intervenida quirúrgicamente, **PM2** encontró gran cantidad de líquido de ascitis fétida en la cavidad abdominal, que obtuvo líquido amniótico muy oscuro y dos productos femeninos, las cuales nacieron en muy malas condiciones.

La multicitada opinión de la CEAMO es concluyente al determinar que **PM2** no identificó el embarazo gemelar; no detectó factores de riesgo de la corioamnionitis que cursaba **PA1**; tampoco hizo una evaluación obstétrica correcta y aceptó lo que **PM5** y **PM1**, habían anotado en sus notas respectivas, “*y todo parece indicar que no realizó una anamnesis ni una exploración física completa*”; no precisó la indicación de la operación cesárea; no detectó la existencia de sufrimiento fetal agudo, no existió vigilancia estrecha del trabajo de parto.

Con lo anterior, dejó de observarse lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, en específico respecto de lo siguiente:

“5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.”

“5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.”

“5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente”

eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

“5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.”.

Ahora bien, por lo que toca a **PA2 y PA3**, fueron recibidas por **PM4** en cuyo resumen de la atención médica otorgada a **PA1** señaló que no se tenía conocimiento del embarazo gemelar, que recibió a **PA2** de manos de **PM2** y que brindó los cuidados iniciales en forma habitual, que llamó la atención el perímetro abdominal demasiado grande en proporción al resto del cuerpo; que minutos más tarde presentó palidez de tegumentos e inicio de bradicardia y posteriormente cianosis que se fue haciendo más pronunciada, inició presión positiva con mascarilla y ambú por un periodo aproximado de dos ciclos con pobre respuesta, por lo que se procedió a colocar cánula endotraqueal y continuó dando presión positiva, con oxígeno al 100%, el ambú a través de la cánula endotraqueal; se le recuperó parcialmente aumentando su frecuencia cardíaca, mejoró su coloración y tonó muscular, después de unos minutos de asistencia especializada en forma intensiva, volvió a deteriorarse súbitamente, le fue aplicada una dosis de adrenalina sin respuesta, le dieron soporte por varios minutos hasta la aparición de una midriasis pupilar permanente y sin respuesta a los estímulos luminosos, momento en el que fue declarada muerta. Que durante la exploración sintieron a nivel abdominal tumoraciones de grandes dimensiones en todo el marco cólico que por sus características y frecuencia de su aparición probablemente fueran tumores a expensas de riñones o masa hepática, sin descartar alguna malformación congénita agregada a nivel cardíaco que provocara el colapso cardíaco irreversible a las maniobras de reanimación.

De acuerdo al certificado de defunción **PA2** falleció 36 minutos después de su nacimiento; en ese sentido, no debe pasar desapercibido que **PM2** al momento de realizar la cesárea advirtió que se trataba de un embarazo gemelar en cuyo caso, el estado de salud de ambas niñas era igualmente grave dadas las condiciones que se presentaron, a saber, **PM2** encontró gran cantidad de líquido de ascitis fétida en la cavidad abdominal, que obtuvo líquido amniótico muy oscuro y **PM4** atendió a **PA2** pero no existe registro de la existencia de otro pediatra que hubiera podido atender médicamente a **PA3**.

Es necesario reiterar que **PA3** igualmente se encontraba en una situación delicada y que requería de atención médica urgente, no obstante ello, en el expediente clínico se documentó que respondió a las maniobras de reanimación neonatal, pero que su estado clínico era de gravedad; en ese sentido, la multicitada Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014, establece que **PA3** debió ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos, y que en caso de que ese nosocomio no contará con ella, debía ser trasladada

a otro Hospital con mayor poder resolutivo, lo cual desde luego no se realizó, además, se señala que **PA3** debía ser vigilada de manera constante y darse la medicación que correspondiera según el momento, lo cual tampoco sucedió.

Esto es así, pues incluso en la nota informativa del 6 de abril de 2017, signada por **PM3** se advierte que **PA3** se encontraba hospitalizada en el área de cuneros del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, que se trató de una recién nacida de término, femenino, peso bajo para la edad gestacional de 38 sdg, que presentó asfixia severa parcialmente recuperada, riesgo de sepsis por urosepsis materna, síndrome de dificultad respiratoria tipo 2; que el día 29 de enero de 2017, la enfermera del área de hospitalización acudió al consultorio de urgencias para informarles que presentaba cianosis peribucal y cianosis distal, por lo que se le proporcionó respiración con mascarilla y cayó en paro cardio respiratorio, por lo que se decide intubar así como también un masaje cardíaco durante 20 minutos aproximadamente sin mejora ni respuesta en sus signos vitales, por lo que se dio por fallecida con certificado de defunción folio 160543356 con los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, asfixia severa y sepsis, con hora de defunción 2:48 del 29 de enero de 2017.

Lo anterior, además de las notas extraídas del expediente clínico de **PA3**, demuestran que la nota inicial se realizó a las 16 horas del 28 de enero de 2017, siendo pertinente aclarar que la niña nació a las 14:02 horas de esa misma fecha, y la siguiente nota, es la de defunción y fue realizada por **PM3** a las 2:48 horas del 29 de enero de 2017, lo cual se traduce en casi 13 horas sin que fuera valorada y/o revisada para dar seguimiento al estado de salud en que se encontraba y en su caso, brindarle la atención médica que se requería, lo que a su vez demuestra una falta de cuidado cometida en detrimento de **PA3**.

Respecto al derecho a la salud, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su jurisprudencia refiere que: *“Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité DESC”) ha señalado que, al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones: la obligación de respetar, proteger y cumplir. La obligación de respetar significa que los Estados deben abstenerse de realizar acciones que perjudiquen el derecho a la salud. La obligación de proteger exige a los Estados adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas para el derecho a la salud. La obligación de cumplir, obliga a los Estados a adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole para lograr la plena efectividad del derecho a la salud. En ese mismo sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha establecido la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias, apropiadas y razonables para prevenir y remediar infracciones por parte de agentes privados, o que de otra manera hayan sido*

toleradas por el Estado. Asimismo, el Tribunal advierte que el mismo Comité ha considerado que los Estados deben situar el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y desarrollo, incluidas aquellas que involucren actos que intervengan con la salud de los niños y niñas. En ese sentido, el Comité ha señalado que los Estados deben revisar el entorno normativo y enmendar las leyes y políticas públicas para garantizar el derecho a la salud. Respecto a los agentes no estatales, ha indicado que el Estado “es responsable de la realización del derecho del niño a la salud, independientemente de si delega la prestación de servicios en agentes no estatales”. Lo anterior conlleva el deber de que los agentes no estatales reconozcan, respeten y hagan efectivas sus responsabilidades frente a los niños y niñas”¹³.

Con las omisiones en que incurrió el personal médico que participó en la atención médica brindada a **PA1**, **PA2** y **PA3**, e incluso a nivel institucional con la falta de equipo de ultrasonido y de laboratorio para que **PA1** pudiera hacerse los análisis clínicos que requería, y que finalmente se realizó a nivel particular, se evidencia que dejó de respetarse su derecho a la salud.

A ese respecto, debe señalarse lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos del Niño, que en su artículo 24 insta: “*Artículo 24 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados*

¹³ Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021. Serie C No. 439.

Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.”.

Para el Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona a la Salud Física y Mental “los niños tienen derecho a prosperar, a desarrollarse de forma integral hasta alcanzar su pleno potencial y a disfrutar de una buena salud física y mental en un mundo sostenible. [...] El derecho de los niños pequeños a un desarrollo saludable es clave para promover y proteger el derecho a la salud a lo largo de la vida, y para fomentar el desarrollo humano sostenible. Los tres elementos críticos del desarrollo infantil saludable son: un cuidado estable, receptivo y enriquecedor; entornos seguros y de apoyo; y una nutrición adecuada.¹⁴”

Como ha sido señalado en otras resoluciones de este Organismo, para la OMS “El derecho a la salud incluye cuatro elementos esenciales y que están interrelacionados: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

La disponibilidad hace referencia a la necesidad de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud en funcionamiento para toda la población. La disponibilidad se puede cuantificar mediante el análisis de datos desglosados en diferentes categorías, como la edad, el sexo, la ubicación y la situación socioeconómica, así como a través de estudios cualitativos que permitan conocer las deficiencias en términos de cobertura.

La accesibilidad requiere que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud sean accesibles para todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información. Esto es especialmente importante para las personas con discapacidades, que a menudo se topan con obstáculos importantes para el ejercicio del derecho a la salud relacionados con la inaccesibilidad a servicios, establecimientos e información sobre salud.

Para evaluar la accesibilidad es necesario analizar los obstáculos físicos, geográficos, económicos y de otra índole a los sistemas y los servicios de salud, así como de qué

¹⁴ Información consultada el 9/01/2024 en <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/non-discrimination-groups-vulnerable-situations>

manera pueden afectar a las personas en situación de marginación. Hay que establecer o aplicar normas y criterios claros, tanto en términos de legislación como de políticas, para superar estos obstáculos.

La aceptabilidad hace referencia al respeto a la ética médica y a lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural, así como a la sensibilidad hacia las cuestiones de género. La aceptabilidad requiere que los establecimientos, los bienes, los servicios y los programas de salud se centren en la persona y den respuesta a las necesidades concretas de diversos grupos de población, de conformidad con las normas internacionales de ética médica relativas a la confidencialidad y el consentimiento informado.

La calidad abarca los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua potable salubre y al saneamiento, y obliga a los establecimientos, bienes y servicios de salud a recibir aprobación médica y científica.

La calidad es un componente clave de la cobertura sanitaria universal (CSU). Unos servicios de salud de calidad deben ser:

- *seguros: se evitará causar lesiones a los destinatarios de la atención;*
- *eficaces: se proporcionarán servicios basados en la evidencia a las personas que los necesiten;*
- *centrados en la persona: se dispensará una atención que responda a las necesidades individuales;*
- *oportunos: se reducirán los tiempos de espera y las demoras perjudiciales;*
- *equitativos: se dispensará una atención cuya calidad no varíe en función de la edad, el género, la etnia, la discapacidad, la ubicación geográfica o la situación socioeconómica;*
- *integrados: se ofrecerá toda una gama de servicios de salud a lo largo del curso de vida; y*
- *eficientes: se maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y se evitará el despilfarro.¹⁵*

De acuerdo a los argumentos esgrimidos previamente, se tiene que en el presente caso, el derecho humano a la salud fue violentado en cuanto dichos elementos, pues si bien es cierto, **PA1** pudo acudir al Centro de Salud Rural “Los Corazones”, ubicado en San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, para su control prenatal, es claro que en dicho centro carece de laboratorio y de un área para la realización de estudios de gabinete, por lo cual **PA1** se vio obligada a realizarse los análisis clínicos y el ultrasonido de forma particular.

¹⁵ Idem.

Aunado a ello, no debe dejar de señalarse que, el 28 de enero de 2017, en que fue valorada por **PM2**, no pudo ingresar de forma inmediata al quirófano ya que en ese momento se carecía de personal de enfermería ni con médico ayudante.

De igual manera, es de reiterarse que en la Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014 se concluyó que la atención médica no fue la correcta, y que existieron omisiones durante la atención médica otorgada a **PA1**, por falta de vigilancia y cuidados en el período perinatal además de las incidencias que afectaron a **PA2** y **PA3**, lo cual redundaba en no haberseles otorgado una atención médica de calidad pues no fue segura, no fue eficaz, no fue oportuna y menos aún eficiente.

Lo anterior, contraviene lo dispuesto por el artículo 35 primer párrafo de la Ley General de Salud, el cual dispone: *“Artículo 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a las personas que se encuentren en el país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, igualdad e inclusión y de gratuidad al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.”*

La omisión de contar con personal médico, transgrede además lo dispuesto por los artículos 27 y 51 de dicho ordenamiento legal, que en su parte conducente dispone: *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta. [...]; VIII. La disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos esenciales para la salud; [...] X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y [...]”.*

“Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.[...]”.

Además, la falta de personal médico en los lugares en que deba prestarse el servicio médico por parte del Estado, infringe lo dispuesto por los artículos 21 y 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, mismos que señalan: *“Artículo 21. En los establecimientos donde se proporcionen*

servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.”.

“Artículo 26. Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría.”.

B. Derecho a la Vida.

En las Recomendaciones 01/2024 y 02/2024, esta Defensoría señaló que la vida como derecho, es generadora de otros derechos humanos, por tal motivo es indispensable su protección, de ahí que toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada, además, dicha prerrogativa debe entenderse en dos sentidos, el primero como una obligación del Estado para respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones, y el segundo como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra.

De lo anterior se desprende que el derecho a la vida es un derecho universal, le corresponde a todas las personas, además de que es una prerrogativa indispensable para poder acceder y concretizar todos los demás derechos humanos, así, todo ser humano, sin excepción, merece el respeto incondicional por el simple hecho de existir y estar vivo.

27

Desde su nacimiento, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una vida protegida, de tal forma que el derecho a la vida es la oportunidad de vivir su infancia y poder crecer, desarrollarse y llegar a la edad adulta, además, en su caso está compuesto a su vez por dos derechos, a saber, el derecho inherente a la vida y el derecho a la supervivencia y al desarrollo.

El derecho inherente a la vida, implica el derecho a no ser asesinado, constituye además la prohibición formal de causar intencionalmente la muerte a una persona, para niños, niñas y adolescentes, conlleva además que se proteja eficazmente su vida para luchar y condenar los actos infanticidas.

Por su parte, el derecho a la supervivencia y al desarrollo involucra además asegurarles la posibilidad de crecer y desarrollarse en un ambiente favorable, en que tenga acceso a servicios médicos adecuados, una alimentación equilibrada, educación de calidad, un medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado, entre otros; empero, cabe señalar que, el que las niñas, niños y adolescentes tengan la posibilidad de desarrollarse de una forma sana en cualquier tipo de situación, constituye no sólo una responsabilidad de los Estados, sino también una responsabilidad de los padres.

A esta prerrogativa aluden los artículos 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) que a la letra disponen:

“CADH. Artículo 4. Derecho a la Vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

“PIDCP. Artículo 6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”

De igual manera, está tutelado por los artículos 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y 1º de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), que señalan:

“DUDH. Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

“DADDH. Artículo 1. Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

28

Por su parte, el artículo 6º de la Convención sobre los Derechos del Niño señala: *“Artículo 6 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.”*

Cómo ya fue señalado en el análisis correspondiente a la violación al derecho humano a la salud en detrimento de **PA1**, **PA2** y **PA3**, la Secretaría de Salud de Oaxaca y los Servicios de Salud de Oaxaca, fueron omisos en brindar en primera instancia a **PA1**, el seguimiento adecuado de su control prenatal, y una vez que acudió al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, por la falta de cuidados en la labor de parto y la inadecuada atención médica que le proporcionaron, aunado a la falta de personal que pudiera intervenirla quirúrgicamente, una vez que **PM2** lo indicó, circunstancias todas ellas que pusieron en riesgo a **PA2** y **PA3**, y que a la postre derivaron en su muerte.

Sin el ánimo de ser reiterativos, no debe dejar de señalarse que no existió un adecuado control prenatal, que no se facilitaron a **PA1** los medios necesarios para la realización de los análisis clínicos y los ultrasonidos que requería todo lo cual incluyó en que, al momento en que se presentara al nosocomio en comento el día 27 de enero de 2017, no se contará con la información necesaria para identificar entre otras cosas, el embarazo gemelar que,

como ya se dijo *per se* es de alto riesgo sobre todo en madres primigenias.

No obstante, como ya se indicó igualmente, el embarazo gemelar también pudo haber sido identificado por **PM5**, **PM1** y **PM2**, quienes además, igualmente fueron omisos al no realizar una valoración clínica correcta a **PA1**, no detectaron que existían factores de riesgo para corioamnionitis, no vigilaron la evolución del trabajo de parto y por tanto no detectaron factores de riesgo en **PA1** ni datos de sufrimiento fetal en **PA2** y **PA3**, lo cual, de acuerdo a una de las conclusiones contenidas en la Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014, ***llevaron a desencadenar otras enfermedades graves (asfixia y síndrome de aspiración de meconio) que finalmente llevaron a la muerte a las niñas gemelas, producto de la gestación de PA1.***

Asimismo, se estableció en dicha opinión que *“De acuerdo y con fundamento en las documentales existentes y las Guías de Prácticas Clínicas el deceso de las niñas recién nacidas, producto de la concepción de PA1, se debió a dos factores iniciales: infección materna (corioamnionitis) y sufrimiento fetal agudo; estos, condicionaron un proceso séptico en los fetos y un estado de asfixia in útero; consecuentemente existió un síndrome de aspiración de meconio y ambos problemas llevaron a la muerte; lo anterior, se funda en los elementos clínicos vertidos en el expediente clínico. La primera gemela se agrega la posibilidad de una malformación congénita en abdomen desconocida en su origen y la segunda gemela NO fue atendida correctamente durante su estado de gravedad como se muestra en su expediente clínico [...]”*.

29

Lo anterior es ampliamente revelador, pues expone de forma clara y precisa las omisiones del personal médico que intervino en la atención otorgada a **PA1**, **PA2** y **PA3**, tanto en el control prenatal de la primera, en que cabe agregar tampoco se detectó la malformación que presentó **PA2** y menos aún se trató si cabe por medio del procedimiento médico correspondiente, como en el momento previo al nacimiento pues ello derivó en el citado proceso séptico y el estado de asfixia *in útero* y una vez nacieron **PA2** y **PA3**, pues como ya se dijo, el estado en que se encontraban ambas era en extremo delicado, y no se advierte como pudieron ejecutar de manera simultánea las maniobras para salvar la vida de ambas niñas, lo que se colige derivó en el deceso a los 36 minutos de **PA2**.

Por su parte, en el caso de **PA3**, como ya fue mencionado igualmente, no sólo no fue remitida a una Unidad de Cuidados Intensivos, sino que, mientras estuvo hospitalizada en el Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, no recibió la vigilancia constante que requería y menos aún la medicación correspondiente, pues se reitera, la primer nota en el expediente clínico relacionado con su atención, data de las 16 horas del 28 de enero de 2017, cerca de dos horas después de su nacimiento, y la siguiente y última

nota, que es la de defunción, se firmó a las 2:48 horas del 29 de enero de 2017, siendo pertinente resaltar que, de acuerdo a la nota informativa suscrita por **PM3**, su presencia en esa segunda ocasión, se debió a que una enfermera del área de hospitalización acudió al consultorio de urgencias para informarles que **PA3** presentaba cianosis peribucal y cianosis distal, por lo que se le proporcionó respiración con mascarilla y cayó en paro cardio respiratorio, razón por la cual decidieron intubar así como también darle un masaje cardíaco durante 20 minutos aproximadamente sin mejora ni respuesta en sus signos vitales, siendo en ese momento declarada muerta, lo que permite colegir que, de no haberse presentado la enfermera, igual **PA3** no hubiera recibido esa segunda visita con el consecuente deterioro de su salud y el probable sufrimiento que ello conllevó.

Al respecto, [la Asociación Médica Mundial \(AMM\)](#) expidió en el año 1998 una declaración, a fin de establecer directrices éticas que guíen a los médicos en el trato que se debe dispensar a los niños y niñas en la atención de la salud, prestada en el ámbito de la Salud. En dicho documento se alude entre otras cosas, a la dignidad del paciente, a que *“el paciente niño debe ser tratado siempre con tacto y comprensión, y con respecto por su dignidad y vida privada, asimismo, señala que se debe hacer todo lo posible para evitar, o si no es posible, disminuir el dolor y/o sufrimiento, y mitigar el estrés físico o emocional en el paciente niño. El niño que padece una enfermedad terminal debe recibir asistencia paliativa apropiada y toda la ayuda necesaria para que tenga una muerte lo más digna y aliviada posible¹⁶”*.

30

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha señalado que *“En cuanto a las condiciones de cuidado de los niños, el derecho a la vida que se consagra en el artículo 4 de la Convención Americana, no sólo comporta las prohibiciones que en ese precepto se establecen, sino la obligación de proveer de medidas necesarias para que la vida revista condiciones dignas¹⁷”*.

Asimismo, la Corte IDH se ha pronunciado respecto a que *“El Estado debe respetar el derecho a la vida de toda persona bajo su jurisdicción, consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana. Esta obligación presenta modalidades especiales en el caso de los menores de edad, teniendo en cuenta como se desprende de las normas sobre protección a los niños establecidos en la Convención Americana y en la Convención de Derechos del Niño. La condición de garante del Estado con respecto a este derecho, le*

¹⁶ Declaración de Ottawa de la AMM sobre la Salud del Niño, consultable en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ottawa-de-la-amm-sobre-la-salud-del-nino/#:~:text=Todos%20los%20ni%C3%B1os%20deben%20ser,la%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20del%20ni%C3%B1o.>

¹⁷ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-17/02. Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Resolución de 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Consultable en: https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo5_2021.pdf

*obliga a prevenir situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión, a la afectación de aquél.[...]*¹⁸.

Igualmente, el citado Tribunal ha señalado que *“El Estado debe respetar el derecho a la vida de toda persona bajo su jurisdicción, consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana. Esta obligación presenta modalidades especiales en el caso de los menores de edad, teniendo en cuenta las normas sobre protección a los niños establecidas en la Convención Americana y en la Convención sobre los Derechos del Niño. La condición de garante del Estado con respecto a este derecho, le obliga a prevenir situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión, a la afectación de aquél”*¹⁹.

Con base en las evidencias que obran en el expediente que se resuelve, este Organismo colige que la Secretaría de Salud de Oaxaca y los Servicios de Salud de Oaxaca, truncaron el derecho a la vida de **PA2** y **PA3**, dadas las acciones mal ejecutadas y las omisiones en que incurriera tanto el personal del Centro de Salud Rural “Los Corazones” que brindó el seguimiento de control prenatal, como del Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca, que participó en la atención médica dada a **PA1** a partir del 27 de enero de 2017 y el día 28 de ese mes y año en que fue intervenida, como en la atención que recibieran de forma incorrecta y dejarán de recibir **PA2** y **PA3** lo que contribuyó a su ulterior fallecimiento, como ya se señaló en la Opinión Técnica Médica multicitada.

31

No debe dejar de señalarse que, precisamente de acuerdo a la Opinión Técnica Médica CEAMO/2S.3/2017/014, los diagnósticos anotados en los certificados de defunción de **PA2** por parte de **PM4** y de **PA3** por parte de **PM3**, no fueron los correctos pues carecían de fundamento clínico y se trataba de entidades bien definidas y diferentes a las que presentaron **PA2** y **PA3**, quienes según los datos vertidos en sus expedientes clínicos, los diagnósticos evidentes fueron sufrimiento fetal agudo; asfixia neonatal, síndrome de aspiración de meconio y probable malformación congénita abdominal en **PA2**; luego entonces, los diagnósticos asentados, muy probablemente se esgrimieron con la finalidad de encubrir las omisiones en que se sabía habían incurrido, de otra forma, no se puede concebir un error de esa naturaleza en profesionales de la salud.

V. Reparación del daño.

Esta Defensoría sostiene que la reparación del daño a las víctimas de una violación de

¹⁸ Corte IDH. Caso Bulacio Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003. Serie C No. 100. Párr. 138.

¹⁹ Corte IDH. Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110.

derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y para enfrentar la impunidad. También es un medio de reparar simbólicamente una injusticia, y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas.

Las reparaciones consisten en medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas; su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial, esta reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas en las que el implicado puede hacer frente a la responsabilidad en que ha incurrido, ya sea a través de la restitución, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras, con miras a lograr una reparación integral del daño efectuado.

Al respecto, el artículo 1º de la Constitución Federal, establece en su párrafo tercero, que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Ley”.

Por su parte, el artículo 4º de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, señala la obligación de las autoridades del Estado, de garantizar las condiciones necesarias para que los individuos gocen de los derechos que establece nuestro ordenamiento estatal; mediante el juicio de protección de derechos humanos. La violación de los mismos implicará la sanción correspondiente y, en su caso, la reparación del daño, en términos de la ley.

32

El deber de reparar a cargo del Estado por violaciones de derechos humanos encuentra sustento tanto en el sistema universal como el regional de protección de derechos humanos. En el ámbito universal se encuentra contemplado en los principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos, y en el regional, tiene su fundamento en el artículo 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En ese sentido, es facultad de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, reclamar una justa reparación del daño, conforme a lo que ordena la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, la cual, en su artículo 71 indica que en el proyecto de Recomendación se podrán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y si procede, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado; lo

cual también prevé el artículo 167 del Reglamento Interno de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, al referir que los textos de las Recomendaciones contendrán el señalamiento respecto a la procedencia de la reparación del daño que en su caso corresponda.

De acuerdo a la Ley General de Víctimas y a la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, la reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica²⁰.

En el caso que nos ocupa, resultan aplicables las medidas de rehabilitación, compensación y las de satisfacción como a continuación se señala.

Medidas de Rehabilitación.

Los artículos 26 y 27 respectivamente de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, señala que “*La restitución busca devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos; [...]*”.

Para la Oficina del Alto Comisionado de la Organización de las Naciones Unidas, las medidas de reparación relacionadas con la **Rehabilitación**, deben incluir atención médica y psicológica, servicios jurídicos y sociales²¹.

33

En el caso concreto, se hace indispensable que, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca, proporcionen de manera eficiente y eficaz, la atención psicológica que requieran **PA1, VI** y demás víctimas indirectas

Medidas de Compensación.

En relación a dichas medidas, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que la “**Compensación**, que debe preverse para cualquier daño económicamente evaluable, pérdida de ingresos, pérdida de bienes, pérdida de oportunidades económicas, daños morales.”²².

²⁰ Párrafo cuarto del artículo 1º tanto de la Ley General de Víctimas como de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca.

²¹ Información consultada el 20/12/2023 en: <https://www.ohchr.org/es/transitional-justice/reparations#:~:text=Satisfacci%C3%B3n%2C%20que%20debe%20incluir%20el,los%20memoriales%20y%20>

²² Artículo consultable en: <https://www.ohchr.org/es/transitional-justice/reparations#:~:text=Satisfacci%C3%B3n%2C%20que%20debe%20incluir%20el,los%20memoriales%20y%20las%20conmemoraciones>.

Las medias de compensación están consideradas en el artículo 27 fracción III de la Ley General de Víctimas y en el 26 fracción III de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, que son coincidentes al señalar: “[...] *La compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos; [...]*”.

En función de ello, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca, tienen la obligación legal de compensar a **PA1** y a **VI**, por las violaciones a derechos humanos que fueron documentadas en la presente Recomendación, tomando en consideración tanto la gravedad del agravio como su reparación integral

Medidas de Satisfacción

Para la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, la “*Satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas [...]*”²³.

La ACNUDH considera que la “*Satisfacción, que debe incluir el cese de las violaciones continuas, la búsqueda de la verdad, la búsqueda de la persona desaparecida o de sus restos, la recuperación, el nuevo entierro de los restos, las disculpas públicas, las sanciones judiciales y administrativas, los memoriales y las conmemoraciones. [...]*”²⁴.

34

En función de lo anterior, se hace indispensable que la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca, realicen un acto de reconocimiento y disculpa pública a favor de **PA1** y de **VI**, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su perjuicio, ello a fin de establecer su dignidad y para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VIII del artículo 27 de la Ley General de Víctimas que establece: “*VIII. La disculpa pública de reconocimiento de hechos y aceptación de responsabilidad, cuando en el delito participe un servidor público o agente de autoridad, lo anterior con independencia de otras responsabilidades en que incurra el Estado por la omisión de cumplimiento en la presente Ley.*”

En el presente asunto, de acuerdo con los artículos 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173 y 174 del Reglamento Interno de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de

²³ Artículos 27 fracción IV de la Ley General de Víctimas y 26 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca.

²⁴ Artículo consultable en: <https://www.ohchr.org/es/transitional-justice/reparations#:~:text=Satisfacci%C3%B3n%20que%20debe%20incluir%20el,los%20memoriales%20y%20las%20conmemoraciones.>

Oaxaca, para la reparación del daño deben aplicarse las medidas a las que se aludió en los párrafos que anteceden para conseguir la cesación de las violaciones a derechos humanos analizadas en la presente Recomendación.

VI. Colaboración.

Con fundamento en los artículos 80 y 82 de la Ley que rige a este Organismo, a fin de abordar de manera integral la problemática objeto de análisis en la presente Recomendación, es procedente solicitar las siguientes colaboraciones:

A. A la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado.

Única. En coordinación con la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Oaxaca, generen las acciones que correspondan para que **PA1**, **VI** y demás víctimas indirectas, tengan acceso a una reparación integral del daño y se les brinden las medidas de restitución, rehabilitación, compensación y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica en términos de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca.

Finalmente, en atención a todo lo anterior, con fundamento en lo establecido por los artículos 71 y 73 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, así como en los artículos 154, 155, 156, 157 y 158 de su Reglamento Interno, es procedente que este Organismo protector de los derechos humanos, formular las siguientes:

35

VII. Recomendaciones

A la Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Primera. En un plazo no mayor de 90 días hábiles contados a partir de la aceptación de esta Recomendación, en el caso de que así lo soliciten **PA1** y **VI**, se les proporcione la atención psicológica correspondiente, como víctimas directa e indirecta de los hechos ocurridos.

Segunda. En un plazo de 180 días hábiles, contado a partir de la aceptación de la presente resolución, a través de los mecanismos respectivos, se fortalezca la Red Obstétrica de los Hospitales de esa Secretaría y los Servicios de Salud del Estado, dotando a las unidades que la conforman, con personal debidamente capacitado, que aplique correcta y eficazmente las Normas Oficiales Mexicanas relativas a la atención de la mujer.

Tercera. En un plazo de 120 días hábiles contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, en coordinación con **PA1** y **VI**, se realicen las acciones tendientes a reparar el daño causado, de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Víctimas, la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca y de acuerdo a estándares internacionales de derechos humanos.

Cuarta. En un plazo no mayor a 120 días naturales, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realice un acto de reconocimiento de responsabilidad satisfactorio y disculpa pública en favor de **PA1** y de **VI**, mismo que deberá ser acordado con los agraviados y con esta Defensoría.

Quinta. Implemente las acciones que correspondan para dotar de personal médico y de enfermería, así como de medicamentos e insumos suficientes a los Centros de Salud y Hospitales con que cuente esa instancia en el Estado, entre ellos desde luego al Centro de Salud Rural “Los Corazones” y al Hospital Básico Comunitario de San Pedro Tapanatepec, Oaxaca.

Sexta. Se imparta de forma permanente capacitación al personal correspondiente adscrito a los Centros de Salud y Hospitales con que cuente esa instancia, respecto del control prenatal y las Guías de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo; de Práctica Clínica, Diagnóstico y Manejo de Embarazo Múltiple; y la de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnioitis en los Tres Niveles de Atención, así como sobre las Normas Oficiales Mexicanas que correspondan y se encuentren relacionadas con la atención de mujeres embarazadas, su control prenatal y seguimiento.

36

De conformidad con lo establecido en los artículos 102 Apartado “B” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su correlativo 114 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, la presente Recomendación tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto a una conducta irregular por parte de servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la Ley, así como de obtener la investigación que proceda por parte de la dependencia o de la autoridad competente, para que, dentro de sus atribuciones, aplique las sanciones correspondientes y se subsanen las irregularidades cometidas.

Con lo anterior, no se pretende desacreditar a las instituciones, ni constituye un agravio a las mismas o a sus titulares; por el contrario, las Recomendaciones deben ser concebidas como instrumentos indispensables para las sociedades democráticas, fortaleciendo el

Estado de Derecho a través de la legitimidad que con su acatamiento adquiere la autoridad y funcionarios ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva, cada vez que se logre que autoridades y servidores públicos sometan su actuación a la norma jurídica, y a los criterios de justicia, que conlleven al respeto a los derechos humanos.

De conformidad con el artículo 73 de la Ley de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación deberá ser informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación; en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la misma deberán enviarse a este Organismo dentro del término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, o de su propia aceptación. La falta de presentación de las pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, quedando esta Institución en libertad de hacer pública dicha circunstancia.

Finalmente, comuníquesele que se procederá a la notificación legal de la presente Recomendación a la parte quejosa, en términos de lo dispuesto por el artículo 158 del Reglamento Interno de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca. Asimismo, en términos de lo previsto por el artículo 159 del Reglamento en cita, se procederá a la publicación de la síntesis de la presente Recomendación en la Gaceta y página web de este Organismo; de igual manera será remitida copia certificada al Área de Seguimiento de Recomendaciones de esta Defensoría, precisamente para su prosecución; por último, en términos de la fracción X del artículo 145 del Reglamento en mención, se tiene por concluido el expediente en que se actúa, quedando abierto exclusivamente para efectos del seguimiento de la Recomendación emitida, mismo que en su oportunidad será enviado al archivo para su guarda y custodia.

37

LA DEFENSORA

MTRA. ELIZABETH LARA RODRÍGUEZ