

RECOMENDACIÓN 2/2017

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente citado al rubro, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y, para resolver si existen elementos que comprueben violaciones a derechos humanos en agravio de **V1**, **V2** y **V3**¹ realiza las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y DE LA QUEJA

Antes de que **V1** diera a luz en el Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, personal médico le solicitó dos donadores de sangre; motivo por el cual, el dos de julio de dos mil catorce presentó a **V2**, con quien vivía en relación de concubinato; a quien después de tomarle las muestras respectivas, le informaron que era portador del virus de inmunodeficiencia humana [**VIH**]; situación que no había sido advertida por **SPR1**, en una donación anterior.

De forma inmediata, **V1** acudió al servicio de epidemiología, donde fue atendida por **SPR2** quien le realizó en dos ocasiones la prueba rápida para **VIH**² misma que resultó no reactiva; sin embargo, de acuerdo a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana en la materia,³ el propio Hospital le requirió una nueva prueba denominada *Western Blot*;⁴ por lo que fue enviada a un laboratorio privado el siete de julio de dos mil catorce, para que se la practicaran.

¹ Este Organismo ha resuelto mantener en reserva los nombres de las víctimas, los cuales se citan en anexo confidencial. En el texto del documento de Recomendación se identificarán con una nomenclatura. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de la víctima, quejosa y servidores públicos considerados responsables, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México.

² Las pruebas rápidas son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos. Técnicamente, las pruebas rápidas son semejantes a las pruebas tradicionales y pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas al 100%. Consultado el primero de diciembre de dos mil dieciséis y disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>

³ En vigor al momento de los hechos. El quince de octubre de dos mil diez se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

⁴ Prueba confirmatoria de la infección por VIH basada en el principio de inmunoelectrotransferencia. Guía para la Aplicación de la Prueba Rápida. Consultado el primero de diciembre de dos mil dieciséis y disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/Guiapruebasrapidas.pdf>

En labores de parto la noche del quince de julio de ese año, **V1** ingresó al área de urgencias del Hospital General, ocasión en que personal médico se negó a atenderla argumentando que de acuerdo a la guía de práctica clínica⁵ debían conocer el resultado de los estudios de laboratorio que le habrían sido realizados para determinar la forma en que se llevaría a cabo el procedimiento de alumbramiento.

Con los resultados que se recibieron en el Hospital General el dieciséis de julio de dos mil catorce, **SPR2** informó a **V1** que era portadora del **VIH**; entonces, **SPR3** le practicó operación cesárea y nació **V3**. Durante la intervención quirúrgica, **SPR3** realizó salpingoclasia a la agraviada sin previo consentimiento; adicionalmente, **V1** señaló que mientras permanecía en recuperación le dieron a firmar hojas en las que le indicaron estaría autorizando la aplicación de anestesia; las que después se presentarían como el permiso para la ejecución del método anticonceptivo definitivo.

Posterior a la hospitalización, se suministró medicamento antiretroviral a **V1** y **V3**; la agraviada también sufrió actos de discriminación al interior de la unidad médica de salud cometidos por servidores públicos adscritos a la responsable.

Por estos hechos, **V1** presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal el doce de noviembre de dos mil catorce, Organismo que en razón de competencia la remitió a esta Defensoría. La quejosa y agraviada esencialmente pretende la investigación de los hechos y se indague sobre la responsabilidad en que pudieron incurrir servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud del Estado de México, en perjuicio de la menor **V3**, de **V2** y de **V1**.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de Ley al Secretario de Salud del Estado de México, quien lo contestó a través del representante legal del Instituto de Salud del Estado de México, Organismo del que depende el Hospital

⁵ Guía de referencia rápida. Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. Consultado el cinco de diciembre de dos mil dieciséis y disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-246-12.pdf>

General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*. En colaboración se solicitó peritaje técnico-médico institucional a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la Entidad; se recabaron las comparecencias de los servidores públicos involucrados y de otros servidores relacionados con el caso; se canalizó a las víctimas a las instancias que se consideraron indicadas para atender las necesidades que planteó su situación personal; además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas; de donde derivaron las siguientes:

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En ese sentido, dicho documento también expresa que el grado máximo de salud, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin hacer distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social.⁶

Asimismo, dicho texto establece que la salud de todos los pueblos es una condición esencial para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Atento a lo anterior, la salud como un derecho humano exige la presencia de criterios y condiciones sociales, políticas y económicas que propicien su acceso y ejercicio, siendo de suma importancia su protección, toda vez que se encuentra estrechamente relacionado con otros derechos humanos.

No obstante, en la actualidad existen grupos de personas que debido a determinadas circunstancias o características tales como la edad, el sexo, el estado

⁶ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, incluido México y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas posteriores se han incorporado al texto actual.

civil y el origen étnico, son más vulnerables a que sus derechos humanos sean violados, por lo que se corre el riesgo de que se les impida acceder e incorporarse a mejores condiciones de vida.⁷

Tal es el caso de las mujeres que, durante el embarazo y en la posterior procreación, se encuentran en una situación de vulnerabilidad, requiriendo en consecuencia, que su derecho a la protección de la salud se halle debidamente garantizado. En ese sentido, instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW)⁸ establece como obligación para los Estados, la adopción de medidas que eliminen la discriminación, la violencia y el maltrato en contra de la mujer, recomendando se tutele un libre acceso a los servicios relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio privilegiando los cuidados y la atención médica.

En consecuencia, es innegable que para el pleno ejercicio de un derecho como el de la protección a la salud, el Estado asuma la responsabilidad directa al realizar tres tareas indispensables: la primera, concerniente a la obligación que posee para llevar a cabo la prestación de un servicio público; la segunda, consistente en que los ciudadanos puedan disponer de ese derecho y de servicio bajo los criterios manifestados en el marco normativo internacional y nacional; y la tercera, que el Estado cuente con los mecanismos idóneos que garanticen el cumplimiento de las obligaciones asumidas a través de los operadores de la prestación de ese servicio.

De esa forma, las personas requieren condiciones que les permitan cumplir y ejercer su derecho a la salud; por lo cual, deben disponer de las herramientas e instrumentos necesarios para acceder a servicios sanitarios y recibir atención médica integral por parte de los agentes del Estado, apegada a estándares de calidad, así como de respeto a su dignidad y al resto de sus derechos humanos.

⁷ Artículo 5 fracción VI de la Ley General de Desarrollo Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinte de enero de dos mil cuatro.

⁸ Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

Aunado a lo anterior y con la reforma del 10 de junio de 2011, el sistema jurídico mexicano buscó fortalecer el sistema de reconocimiento y protección a los derechos humanos, modificando algunos artículos constitucionales entre los que se destaca el 1º, al establecer que todas las personas en nuestro país gozarán de los reconocidos en la Norma Fundamental y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forme parte.

Asimismo, el artículo antes señalado, establece la obligación de todas las autoridades, para que en el ámbito de sus competencias promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos, debiendo además, prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los mismos.

Por lo que respecta al derecho humano a la salud, la Constitución Política dentro de su artículo 4º párrafo cuarto, instituye que toda persona tiene derecho a la protección de su salud y al mismo tiempo, será la ley quien defina las bases y las modalidades para acceder a los servicios sanitarios.⁹

Correlativo a lo que la Norma Suprema señala, la Ley General de Salud ha establecido la creación de un Sistema Nacional en la materia, el cual tiene entre sus diversos objetivos, el de proporcionar estos servicios a toda la población, con el fin de mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a problemas sanitarios que sean de prioridad y combatiendo aquellos elementos que condicionen y causen daños en la misma; realizando acciones que sean acordes a la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.¹⁰

En esa tesitura, la obligación del sistema estatal de salud se encuentra establecida en el Código Administrativo del Estado de México, el cual señala que atañe a la Secretaría de Salud del Estado, ejercer las atribuciones que en el ramo le

⁹ Artículo 4º párrafo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

¹⁰ Artículo 6º fracción I de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de febrero de mil novecientos ochenta y cuatro.

corresponden al titular del Ejecutivo Estatal y que se contemplan en la Ley General antes señalada. Aunado a ello, el citado Código especifica que el Instituto de Salud del Estado de México será el organismo que tendrá por objeto la prestación de los servicios de salud en la Entidad.¹¹

De esa forma, se entrevé, que tratándose de aquellos grupos de la población que se hallan en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres, pacientes dentro de una institución de salud y que se encuentran cursando el periodo que va desde el embarazo, parto, post-parto y puerperio; requieren que su derecho a la salud no solo sea garantizado con el máximo respeto a su bienestar físico, mental y social, sino que, además, necesitan de la suma de todos los elementos y del ejercicio de todas las actividades que contempla el servicio público sanitario a fin de que la brecha social no crezca, sino que por el contrario, disminuya.¹²

En el caso que nos ocupa, servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, en ejercicio de un deber encomendado por la ley, brindaron una atención médica que se considera negligente, toda vez que de las evidencias reunidas en el expediente de investigación se desprendió que afectaron el derecho humano a la protección de la salud en las personas de **V1**, **V2** y **V3**.

Esto es así, porque **V1** requirió asistencia médica ginecoobstétrica con motivo de su embarazo; siendo referida al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, donde le requirieron dos donadores de sangre. El dos de julio de dos mil catorce se presentó **V2**, de quien el sistema de información detectó alerta de prueba reactiva por virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**); al ser pareja de **V1**, y ella al encontrarse embarazada próxima al alumbramiento, se le canalizó para la práctica de prueba rápida de **VIH**, la cual se le aplicó en dos ocasiones con resultados no reactivos; sin embargo, ante la gestación, el personal médico solicitó una nueva

¹¹ Artículos 2.4. y 2.5. Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México, publicado en la Gaceta del Gobierno del Estado de México el trece de diciembre de dos mil uno.

¹² Artículo 61 de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el siete de febrero de mil novecientos ochenta y cuatro.

prueba en laboratorio particular; el quince de julio de dos mil catorce por la noche, la paciente necesitó atención médica al encontrarse en trabajo de parto; no fue atendida bajo el argumento de que era necesaria la presentación de los resultados de los exámenes de laboratorio requeridos; el dieciséis de julio, con los resultados que -al decir de los responsables médicos- fueron positivos en VIH, se decidió terminar el embarazo por cesárea, así como la suspensión de la lactancia materna y; con ausencia de consentimiento informado o consejería al respecto, se practicó salpingoclasia a **V1**; al nacer, **V3** fue tratada durante quince días con antiretrovirales, tratamiento que también recibió **V1**.

De lo anteriormente expuesto esta Comisión de Derechos Humanos estableció que los servidores públicos adscritos al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, que en ejercicio de la profesión médica atendieron a **V1**, **V2** y **V3**, con su actuar incurrieron en actos contrarios a la normativa nacional y local, así como a los parámetros que dicta el sistema internacional de protección a derechos humanos.

II. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

ES EL DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE SE LE GARANTICEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LOGRAR SU BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL; A TRAVÉS DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD QUE LE ASEGUREN EL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.¹³

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contempla que el derecho a la salud es una obligación de los Estados, los que a fin de asegurar su plena efectividad deben llevar a cabo medidas tendentes a la reducción de la mortinatalidad y mortalidad infantil,¹⁴ al sano desarrollo del niño, al mejoramiento en

¹³ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 164.

¹⁴ Entendiendo a la mortinatalidad infantil como la relación entre el número de niños nacidos muertos y el número total de nacimientos. Su cálculo y su seguimiento resultan complicados debido a las disposiciones reglamentarias, que varían con el tiempo y entre países, referentes a la declaración de un nacimiento según el término del embarazo y el estado inicial del niño. (Consultado el dieciséis de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178912608683>). En tanto, la mortalidad infantil consiste en el número anual de muertes infantiles dividido por el número total de nacimientos en una región determinada. (Consultado el dieciséis de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>)

las condiciones de higiene en el trabajo, al derecho a un medio ambiente sano, a la prevención de enfermedades y la lucha contra ellas; y finalmente a la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica, así como servicios sanitarios.¹⁵

En el ámbito del derecho interno, la Constitución Política de nuestro país reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en tanto que la ley secundaria define las bases y modalidades para el acceso a esos servicios, estableciendo la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Así, el derecho a la salud puede observarse en dos dimensiones: la primera de ellas en un plano individual, pues supone la existencia de una condición fundamental y necesaria para las personas, que al satisfacerse permite desarrollar o ejercer otros derechos; mientras tanto, la segunda dimensión tiene que ver con una perspectiva colectiva, toda vez que se requiere la creación de un conjunto de normas jurídicas que tengan como finalidad instaurar y desarrollar principios y procedimientos tendentes a proteger la salud de todas las personas y de aquellos grupos considerados como vulnerables, así como su aplicación a través de políticas públicas adecuadas.

Aspectos que deben ser materializados en los actos que llevan a cabo los servidores públicos que desempeñan alguna labor dentro del sistema de salud, y los cuales requieren ejecutarse conforme a lo establecido por la ley y con apego a la ciencia médica; desplegando su labor conforme a las necesidades de las personas y de los pacientes.

En consecuencia, las autoridades y los servidores públicos encargados de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, concretamente de aquellos en los que se brinde atención a la mujer cuando se encuentre gozando del

¹⁵ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial Mexicano el 12 de mayo de 1981.

embarazo, precise atención médica ginecológica y obstétrica tanto en el parto como durante el puerperio, deben ser realizados proporcionando un trato digno, respetuoso y humano a fin de asegurar condiciones de salud favorables a las pacientes.

En el caso que nos ocupó, con base en la descripción del hecho y de la queja, adminiculando las evidencias reunidas, este Organismo Público Autónomo realizó el análisis particular conforme a los siguientes rubros:

III. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA (MALA PRÁCTICA MÉDICA)

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.¹⁶

La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre señala en su artículo XI, que todo individuo tiene derecho a la preservación de su salud mediante la implementación de medidas sanitarias y sociales que se satisfacen a través de una asistencia médica correspondiente con el nivel que permitan los recursos públicos y de la propia comunidad.¹⁷

Bajo la lógica de ese principio, en México, la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establecen que los usuarios poseen el derecho para obtener prestaciones de salud que sean oportunas, idóneas, que se realicen bajo una atención profesional y éticamente responsable, recibiendo además un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares.¹⁸

¹⁶ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 169.

¹⁷ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948.

¹⁸ Artículo 48 del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Última reforma publicada DOF 24-03-2014.

En virtud de lo anterior, el derecho a la protección de la salud no solo se limita a la prestación del servicio médico, sino que además se extiende al derecho a recibir una atención médica que sea proporcional a las condiciones que la ley establece, a las necesidades del paciente y lo que en el caso concreto solicite, ejecutándose bajo los principios éticos que rigen la ciencia médica y procurando el respeto de los derechos humanos.

De esta manera, el papel del Estado se sitúa en que además de proveer los medios y la infraestructura necesarios para la prestación del servicio sanitario, debe implantar una política pública de atención en que se privilegie una manera segura y confiable para otorgar el servicio público, la cual se pueda ejecutar con base en un catálogo de guías y de normas oficiales en que se contemplen los procedimientos que habrán de orientar la práctica médica y, faciliten determinar la existencia de una probable responsabilidad de parte de los prestadores del servicio por un indebido o inadecuado ejercicio.

Por ende, los profesionales de la salud tienen la obligación de asistir y atender a los usuarios que se encuentran dentro de las instituciones, teniendo en cuenta que bajo su cuidado, experiencia, ética, diligencia y actuar apegado a procedimientos, lineamientos, guías y normas, descansa la protección a la vida, a la salud y a la integridad física del paciente. En este tenor argumentativo resulta orientador el criterio sostenido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación cuando define que:

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta, pues existen matices en el curso de una enfermedad o padecimiento que pueden inducir a diagnósticos y terapias equivocadas. Así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente,

haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término malpraxis (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la lex artis médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado.¹⁹

Lo que resultó aplicable al análisis del caso concreto que nos ocupó y que, administrado con las evidencias descritas, valorando las circunstancias bajo las cuales se llevó a cabo la atención médica a **V1**, **V2** y **V3**, permitió a este Organismo realizar el estudio a partir de tres momentos que estimó esenciales para determinar si se configuró una conducta violatoria de derechos fundamentales; el estudio de los hechos se realizó en la forma cronológica en que se presentaron y según el impacto que fueron adquiriendo en la vida de las víctimas.

A. DE LA ATENCIÓN MÉDICA A V2:

V2 acudió el veinticuatro de abril de dos mil trece al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, con el propósito de donar sangre, lo cual realizó sin que el banco de sangre del nosocomio le informara que en esa entrega había resultado como reactivo-positivo en el virus de la inmunodeficiencia humana VIH; ello se estableció de las documentales que obran en el expediente que se resolvió y de las manifestaciones vertidas por **SPR1**, quien en comparecencia ante personal de

¹⁹ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

este Organismo señaló que el sistema de datos de donadores registró a **V2** con una alerta de resultado reactivo por una donación previa.

De la comparecencia también derivaron elementos para estimar que en este tipo de situaciones médicas existe un procedimiento que el personal de salud debe seguir puntualmente; así, en cumplimiento a la *Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos*,²⁰ se desprendió que es necesario tomar una nueva muestra para procesar el suero y plasma del donador -vía su canalización al área de epidemiología-, a fin de confirmar el diagnóstico.

Este Organismo partió de la premisa que el personal médico adscrito al banco de sangre del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* incurrió en una omisión en el ejercicio de sus funciones, pues tratándose de un donador detectado como posible infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana, su labor tenía que dirigirse a notificar a **V2** sobre la calidad de los resultados obtenidos, y en consecuencia orientarle para que pudiera acceder a una atención médica, a los procedimientos y a los medicamentos adecuados para tratar su padecimiento.

La forma en que actuó el personal médico del banco de sangre como responsable de atender la situación de salud que presentaba en ese momento **V2** resultó contraria a lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos*, la cual establece que los bancos de sangre tienen la obligación de notificar al donante los resultados de los análisis de laboratorio que indican que su donación no es apta.

Aunado a ello, la misma Norma Oficial Mexicana señala en su punto 5.2.4 que para llevar a cabo la notificación deberá seguirse un procedimiento, el cual consiste en: a) entregar los resultados por escrito a través de personal autorizado, exclusivamente

²⁰ En vigor al momento de los hechos. El veinticinco de septiembre de dos mil doce se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

al interesado; b) entregarse de manera personal, mediando consejería a fin de orientar al donador y permitirle acceder a una atención médica oportuna; c) dichas acciones tendrán que registrarse en el expediente del donante o del paciente; y d) el interesado acreditará la recepción de dicha notificación.

A mayor abundamiento, la Ley General de Salud establece que existe la obligación de notificar a la Secretaría del ramo o a la autoridad sanitaria más cercana sobre los casos en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana VIH en alguna persona.

Así, conforme a la naturaleza del caso, era exigible que el acto médico consistiera en desplegar una actitud diligente, una conducta activa y responsable, puesto que **V2** requería la notificación por parte del banco de sangre respecto al resultado obtenido a consecuencia de la donación; además necesitaba atención inmediata, que le fuese proporcionada consejería y orientación acerca de su probable padecimiento, así como la confirmación del diagnóstico presuntamente obtenido, el que a la postre habría evitado el desenlace que presenta este documento; deberes y atribuciones que se dejaron de lado y se omitieron por parte de **SPR1**, quien era la responsable del banco de sangre anexo al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*.

Afirmación que se robusteció con la opinión autorizada de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la Entidad, instancia que en la conclusión primera del peritaje técnico médico institucional que aportó, determinó la existencia de negligencia por parte del personal del banco de sangre de la unidad médica responsable, al estimar que el personal médico autorizado no informó con diligencia ni cumplió inmediatamente con los procedimientos definidos para atender de manera oportuna y adecuada a **V2**, a fin de que confirmara el diagnóstico e iniciara la terapéutica que requería, con base en el resultado reactivo en la prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, que le fuera practicada.

Aunado a ello, el personal del banco de sangre contravino lo dispuesto en el *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA*,²¹ que señala el deber del servidor público en conocimiento del hecho para que cuando se haya obtenido prueba reactiva entregue una copia de la historia clínica al donante -en este caso **V2-**; e incumplió además, con la obligación de enviar otra copia a las áreas de vigilancia epidemiológica del Hospital en cuestión.

Por no designar a una persona que informara sobre el resultado reactivo al donante, y prestara la consejería necesaria, dejó de observarse lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*.²²

6.3.7 Toda persona que se someta al análisis **tiene derecho a recibir consejería** en el momento de acudir a hacerse la prueba y consejería a la entrega del resultado.

[...]

6.4 La entrega del resultado al paciente **debe ser siempre mediante consejería, independientemente del resultado negativo o positivo del análisis.**

[...]

6.4.3 La consejería que reciba la persona a la entrega del resultado **deberá ser empleada para reforzar actitudes de autocuidado para evitar futuras infecciones o reinfecciones del VIH/SIDA o de cualquier ITS** y para sensibilizarla de la conveniencia de informar a las personas que pudiese haber puesto en situación de riesgo; en todo caso, el profesional de la salud, deberá respetar la confidencialidad de acuerdo a las disposiciones aplicables.

²¹ Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA, Secretaría de Salud, Septiembre de 2012. Consultado el dieciocho de enero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

²² En vigor al momento de los hechos. El quince de octubre de dos mil diez se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la Infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana.

Al no respetar la norma y los procedimientos, la autoridad responsable expuso a **V2** a una situación de vulnerabilidad por espacio de más de un año; pues ante la primera noticia respecto a un padecimiento de salud considerado grave no habría recibido la atención médica inmediata que requeriría para confirmar el diagnóstico o atenderlo, en su caso.

La violación concreta se configuró de forma diferente, en el momento en que la omisión descrita trascendió a la esfera de derechos de **V1** dado que es hasta el dos de julio de dos mil catorce, cuando **V2** acudió como donador de sangre para cumplir el requisito previo a la atención gineco obstétrica para **V1**, y el personal del mismo banco de sangre le informó sobre los resultados positivos respecto de los análisis que le fueron practicados un año antes; entonces, se ordenó nueva prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana, que resultó reactiva, por lo que **V2** fue enviado al servicio de epidemiología del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, a fin de corroborar el diagnóstico.

Finalmente, el doce de agosto de dos mil catorce, el laboratorio estatal emitió los resultados de la prueba *Western Blot*, los cuales arrojaron un diagnóstico indeterminado;²³ por lo que se decidió esperar tres meses más para llevar a cabo un nuevo examen, omitiendo una vez más canalizar a **V2** para que recibiese tratamiento antirretroviral.

En conclusión y hasta este momento, resultó evidente la existencia de negligencia médica por parte del personal adscrito al banco de sangre anexo al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, en específico de **SPR1**, al omitir notificar a **V2** acerca de los resultados que fueron obtenidos, también se desatendió la obligación de canalizar al donante con el fin de que se le llevara a cabo una segunda

²³ La Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en su punto 4.4.6 señala que cuando dos pruebas (en secuencia o en paralelo) exhiben resultados diferentes (una es reactiva y la otra no es reactiva) el resultado se describe como discordante. En ausencia de factores de riesgo y datos clínicos de infección por VIH, el resultado se considera indeterminado. Se debe repetir la prueba cada tres meses. Al cabo de doce meses, un resultado repetidamente discordante se considera negativo.

prueba, con la que se confirmaría o descartaría la infección, y que habría evitado se generaran las decisiones médicas subsecuentes que repercutieron no solo en la salud, sino en las elecciones de vida que afectaron las personas de **V1** y **V2**, cuando a causa de la omisión debieron optar por una cesárea como medio para el nacimiento de **V3**; se prohibió la lactancia materna, **V2** padeció discriminación y ambas recibieron antirretrovirales.

B. DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1:

Dentro del sistema de salud del Estado de México, **V1** fue referida del Centro de Salud *Nueva Santa María* al servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, unidad médica donde le solicitaron dos donadores de sangre como requisito previo a la atención que recibiría ahí para el parto.

El dos de julio de dos mil catorce, **V2** se presentó en el banco de sangre para que le fuese realizado estudio sanguíneo con el fin de comprobar la compatibilidad con **V1**; al tomar los datos del paciente, **SPR1** asistente de la dirección del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, se percató de que el sistema mostraba que **V2** había donado con anterioridad y que en esa ocasión se le había detectado prueba reactiva de virus de la inmunodeficiencia humana VIH; por lo que fue canalizado al servicio de epidemiología.

Lo que también ocurrió con **V1**, en donde la doctora **SPR2** le señaló la necesidad de que le fueran practicadas dos pruebas, mismas que se reportaron como **no reactivas**; no obstante, al encontrarse cursando 37 semanas de gestación, fue preciso remitirla a un laboratorio particular a fin de que se llevara a cabo carga viral y prueba diversa denominada *Western Blot*.

Los resultados del laboratorio no se encontraban disponibles la noche del quince de julio de dos mil catorce, en que **V1** acudió al servicio de urgencias del Hospital por

trabajo de parto; no obstante **SP7**, jefe de división de ginecología y obstetricia le indicó que era indispensable contar con los resultados de las pruebas que le fueron practicadas a efecto de llevar a cabo de manera correcta el procedimiento de alumbramiento.

A través de gestión propia, los resultados de la prueba en laboratorio particular ubicado en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), fueron enviados al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, lugar en que el personal médico que los recibió afirmó delante de **V1** y **V2** que el diagnóstico la determinaba como portadora del virus de la inmunodeficiencia humana; una vez ingresada fue atendida por el doctor **SP1**, ginecólogo y obstetra quien señaló que contaba con antecedente por padecimiento de virus del papiloma humano e infección por VIH, ordenando el subsecuente internamiento de la paciente.

En el área de labor se precisó la interrupción del embarazo vía abdominal y finalmente, a las doce horas con diecinueve minutos del dieciséis de julio de dos mil catorce, en quirófano se realizó cesárea tipo Kerr,²⁴ procedimiento que practicó la doctora **SPR3**, gineco obstetra; quien reportó que la intervención se llevó a cabo sin complicaciones y se obtuvo producto femenino con vida.

Lo relevante del caso estribó en que aunado a la cirugía practicada para el alumbramiento, de manera inmediata y continua se llevó a cabo OTB KROENER, es decir, oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia,²⁵ método de anticoncepción definitivo para el que la paciente, ahora agraviada -manifestó en su queja-, no recibió notificación ni explicación, asesoría o consejo alguno sobre su necesidad o

²⁴ Segmento arciforme o transversal: (Kerr). Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. Consultado el dieciséis de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

²⁵ Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia. Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado el dieciséis de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral>

conveniencia, y que la servidora pública responsable la ejecutó por decisión propia, sin verificar si el consentimiento había sido otorgado.

Lo anterior no solo contrasta con el derecho de los pacientes a la autodeterminación,²⁶ el cual señala que son ellos quienes pueden tomar las decisiones que consideren pertinentes para su salud de manera libre y sin presiones; sino que aunado a ello, vulnera lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, misma que indica que una de las medidas de prevención del VIH y para la promoción de la salud será:

5.6.5 Proveer información científica acerca de la prevención de la transmisión perinatal a mujeres con VIH **para permitir su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos**, según el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. **En caso de desear el embarazo, hacer el seguimiento médico adecuado estado de salud y régimen antirretroviral antes del embarazo, seguimiento prenatal etc.** descrito en la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH con el fin de reducir la posibilidad de la transmisión vertical. **Se debe respetar el derecho a las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva.**

Bajo esa tesitura, la falta de consejería e información acerca del padecimiento, así como de los procedimientos relativos al cuidado de su salud, en tanto se le había diagnosticado como portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, contravinieron lo establecido en la *Guía de Referencia Rápida: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH*,²⁷ documento que señala lo siguiente:

²⁶ Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015.

²⁷ Guía de Referencia Rápida: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el binomio madre-hijo con Infección por el VIH. Secretaría de Salud. Consultado el dieciocho de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-246-12.pdf>

La madre deberá recibir **asesoría sobre los métodos anticonceptivos más adecuados**, importante para el cuidado de la mujer en temas como cáncer cervico-uterino, esquema de inmunizaciones, salud mental, abuso de sustancias y depresión postparto.

Ante la circunstancia, con las documentales remitidas por el Instituto de Salud del Estado de México en que constó el expediente clínico de **V1**, esta Comisión de Derechos Humanos solicitó a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado emitiera un peritaje técnico-médico institucional para obtener una opinión autorizada sobre la atención brindada a **V1** y conocer los alcances de la calidad y eficiencia con la que se le otorgó respecto del acto médico que nos ocupa, orientada precisamente a conocer si los procedimientos empleados en el trato a la paciente bajo el tenor del padecimiento que supuestamente presentaba -virus de la inmunodeficiencia humana- fue contraria o no a los parámetros que la normativa y la práctica médica establecen. El peritaje señaló en su conclusión cuarta que existió negligencia en la atención proporcionada a **V1** por **SPR3**, toda vez que realizó salpingoclasia sin que existiera de por medio la consejería necesaria y el consentimiento informado específico para realizar dicho método de planificación permanente.

Si bien la referencia del Centro de Salud *Nueva Santa María* de Cuautitlán al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* se llevó a cabo el cinco de marzo de dos mil catorce, cuando **V1** presentaba 19.3 semanas de embarazo, es evidente que a falta de notas médicas e ilegibilidad en las mismas, se desconoció si en alguno de los dos centros médicos se le realizó prueba rápida durante las consultas prenatales a fin de que se detectara si la paciente recibió una atención tendente a conocer si poseía algún antecedente que hiciera suponer que padecía el virus de la inmunodeficiencia humana. Situación que resulta contraria a lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la*

*Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos en la Prestación del Servicio Médico,*²⁸ que señala lo siguiente:

5.1.6 Las actividades que se deben realizar **durante el control prenatal** son: [...] - **detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo** [...] bajo conocimiento y consentimiento de la mujer **y referir los casos positivos a centros especializados**, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;

Por su parte, *el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA*, señala que el Sistema Nacional de Salud en coordinación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, llevarán a cabo tareas en conjunto a fin de que en las dependencias de salud a nivel local, tales como los centros de salud, las unidades de medicina familiar, los hospitales, clínicas, CAPASITS (Centro Ambulatorio de Prevención en SIDA e ITS) e institutos del ramo, participen en la detección de los casos; labores que se realizarán durante la atención a personas con riesgo de adquirir la infección por VIH, como lo son donadores (de sangre, de órganos, de leche materna y/o de células germinales), y cuando se trate de la atención y cuidado de pacientes embarazadas.²⁹

Ahora bien, como se describió anteriormente, **V1** acudió el dos de julio de dos mil catorce al servicio de epidemiología del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, debido al antecedente de que su concubino **V2** resultó reactivo en prueba de detección de VIH; ahí le practicaron dos pruebas rápidas que resultaron no reactivas, siguiendo los procedimientos que norman la práctica médica en estos casos, se le tomó una nueva muestra para ser enviada a laboratorio y confirmar

²⁸ En vigor al momento de los hechos. El treintaiuno de octubre de mil novecientos noventa y cuatro, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos en la prestación del servicio médico. El siete de abril de dos mil dieciséis se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente 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.

²⁹ Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA, Secretaría de Salud, Septiembre de 2012, p. 19. Consultado el dieciocho de enero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

mediante estudio *Western Blot*, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y así determinar la forma de actuar respecto a su embarazo.

El dieciséis de julio de dos mil catorce, cuando los resultados fueron enviados por el laboratorio particular al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* -y que según el dicho de la doctora **SPR2**, fueron reportados como positivos-, se inició terapia antiretroviral contra infección del virus de la inmunodeficiencia humana, argumentando que el propósito de tal procedimiento era prevenir la transmisión vertical de la madre hacia el producto de la gestación.

Con independencia de la veracidad de los resultados relativos al diagnóstico sobre si **V1** se encontraba infectada o no con el virus de la inmunodeficiencia humana, y tal como lo precisó la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, la atención médica que requería la paciente fue la correcta y la que se apegaba a la práctica y teoría médica, en el sentido de que solo con dichos resultados se podía tomar la decisión acerca de la forma en que se llevaría a cabo el procedimiento de alumbramiento, previniendo el posible contagio entre la madre y el producto.

Sin embargo, este Organismo observó la existencia de negligencia médica en la atención proporcionada a **V1** después del parto, toda vez que, sin contar con el consentimiento válidamente informado por parte de la paciente, así como la falta de consejería necesaria acerca de los métodos anticonceptivos efectivos y apropiados, se procedió a realizarle la oclusión tubaria bilateral, esterilizándola y evitando así que pudiera procrear nuevamente.

Aunado a ello, en ese mismo momento se inició con tratamiento antirretroviral altamente efectivo para la paciente, así como para su menor hija **V3**, en virtud de lo establecido por la *Guía de referencia rápida: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*

en el binomio madre-hijo con Infección por el VIH;³⁰ por lo que según declaración de **SP16**, jefe de la división de pediatría del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, y derivado de las instrucciones que recibió por parte de la doctora **SPR2**, se comenzó con la administración de los medicamentos para la recién nacida.

Una vez que fue dada de alta el dieciocho de julio de dos mil catorce, **V1** acudió al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, a efecto de conocer la forma en que se llevaría a cabo el tratamiento necesario, al ser presuntamente portadora del virus de la inmunodeficiencia humana; recibiendo así medicamento antirretroviral consistente en lopinavir, ritonavir, lamivudina y zidovudina, así como también indicándosele la necesidad de suspender la lactancia materna a fin de evitar la transmisión vertical con **V3**.

C. DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE V3, Y DEL DIAGNÓSTICO FINAL DE V1, V2 Y V3:

Como ha quedado señalado, el dieciséis de julio de dos mil catorce, tras encontrarse en labores de parto y una vez recibidos los resultados de los exámenes que se realizó en un laboratorio particular, **V1** fue ingresada al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* con el fin de comenzar el procedimiento de alumbramiento, después del nacimiento de **V3**, se le aplicó el método anticonceptivo denominado oclusión tubaria bilateral, sin que mediara consentimiento ni orientación a la agraviada; además la recién nacida recibió profilaxis antirretroviral de manera inmediata y se prescribió alimentación exclusivamente con fórmula maternizada para evitar un posible contagio.

Después de su alta en esa unidad médica, **V1** fue canalizada al Hospital Infantil de México *Federico Gómez*, a efecto de que su menor hija **V3** continuara con el

³⁰ Para la profilaxis ARV en hijo de madre VIH positiva con terapia ARV no efectiva y CV detectable; hijo de madre VIH positiva sin ARV durante el embarazo; hijo de madre VIH positiva sin ARV durante el embarazo ni profilaxis; hijo de madre HIV positiva con infección por virus resistentes a ZDV; la administración de ZDV por vía oral por 6 semanas + NVP dosis única, posterior al nacimiento agregar 3TC por una semana.

tratamiento. De las evidencias recabadas por esta Defensoría se desprendió que **V3** recibió atención médica en la Clínica de Inmunodeficiencias (CLINDI) de ese Hospital, desde el tres de octubre de dos mil catorce bajo un diagnóstico relativo a *exposición perinatal a VIH no infectada*.

El diez de octubre de dos mil catorce, **V1** y **V2**, fueron referidos por el Hospital Infantil de México *Federico Gómez* al Centro Ambulatorio de Prevención en SIDA e ITS (CAPASITS) de Ecatepec *Las Américas*, con la finalidad de atender el tratamiento para combatir el virus de la inmunodeficiencia humana diagnosticado; les fueron practicados estudios de inmunoensayo enzimático -también conocidos como prueba ELISA- de donde resultaron no reactivos, en ambos casos. Ante ello, **V1** y **V2** fueron canalizados a la Clínica *Condesa*, unidad adscrita a los servicios de salud pública del Distrito Federal -actualmente Ciudad de México-, lugar donde los resultados de los exámenes practicados a **V1** y **V2**, así como a **V3**, se confirmarían como negativos, tal y como se observó en los informes emitidos por el laboratorio especializado, el veinte de octubre de dos mil catorce.

Bajo esa tesitura, resultó evidente que los exámenes practicados a **V1** y **V2** en los laboratorios tanto del sistema estatal de salud, como del laboratorio privado -el dieciséis de julio de dos mil catorce-, de los cuales derivó el resultado como pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana VIH fueron expuestos como dubitables, demostrando además la falta de cuidado y responsabilidad en el quehacer médico institucional y de los servidores públicos del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*.

Aunado a ello, tras haber comparecido ante este Organismo, **V1** se mostró dispuesta a que se le practicaran nuevos estudios, por lo cual acudió al Hospital General de Tlalnepantla *Valle Ceylán*, en donde el dieciocho de marzo de dos mil dieciséis se tomaron muestras para realizar prueba de *Western Blot* tanto a **V1**, **V2** y **V3**, mismas que fueron enviadas al laboratorio estatal; la agraviada exhibió copia de los resultados relativos a dichos exámenes, los cuales obran agregados a los autos y en

los que se observó que el resultado en los tres casos era negativo; confirmándose así el diagnóstico erróneo que se llevó a cabo en su momento por parte del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*.

Asimismo, este Organismo consideró que el conjunto de actuaciones médicas relativas al diagnóstico de **V1**, **V2** y **V3** como pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana se tradujo en una mala práctica médica, a través de un diagnóstico erróneo, omitiéndose diversas acciones que pudieron comprobar si dicho análisis resultaba correcto o no; tal y como lo define la Suprema Corte de Justicia de la Nación, quien al respecto ha establecido lo siguiente:

MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA.

Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de **si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico**. La actividad diagnóstica comporta **riesgos de error** que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, sin embargo, **existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina**. De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.³¹

Adicionalmente, la falta de cuidado del personal médico adscrito a las unidades especializadas en salud pública del Instituto de Salud del Estado de México, en específico para el procedimiento de análisis de muestras quedó de manifiesto en los siguientes actos: 1) cuando el banco de sangre del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* recibió la donación de **V2** en dos mil trece, sin

³¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: 1a. XXVII/2013 (10a.). Décima Época, Tesis Aislada (Civil), Primera Sala. Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, p. 638.

notificarle el padecimiento detectado, mismo que tampoco fue confirmado; 2) cuando en julio de dos mil catorce, ante ese banco de sangre, la muestra de **V1**, reportó no reactivo en dos pruebas rápidas; 3) con el reporte emitido por el Laboratorio de Salud Pública del Instituto de Salud del Estado de México, el doce de agosto de dos mil catorce que determinó resultado positivo en el caso de **V1**; 4) en tanto que el resultado que emitió el propio laboratorio en el caso de **V2** fue indeterminado; 5) los reportes sobre detección de anticuerpos contra el VIH emitidos por el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPACITS) Ecatepec *Las Américas*, presentaron como resultado: no reactivo en ambos casos; finalmente, 6) en los meses de marzo y abril de dos mil dieciséis, el Laboratorio de Salud Pública del Instituto de Salud del Estado de México emitió resultados negativos para **V1** y **V2**.

Lo anterior, hizo evidente la contradicción entre los resultados de laboratorio emitidos por las distintas unidades dependientes del Instituto responsable que, como en el caso que nos ocupó, generó un diagnóstico erróneo que repercutió en la integridad física y mental de las víctimas, con la consecuente violación a su derecho a la protección de la salud en su modalidad de atención médica libre de negligencia.

IV. DERECHO A NO SER SOMETIDO A ESTERILIZACIÓN FORZADA

DERECHO DE TODO SER HUMANO A NO SER SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN³² FORZADA.³³

Los bienes jurídicos tutelados por este derecho son la autonomía reproductiva y la integridad personal, para lo cual es preciso que los profesionales de la salud brinden una atención médica completa en la que se proporcione información al paciente

³² Actos quirúrgicos destinados a impedir que una persona pueda tener hijos. En la mujer se lleva a cabo por medio de la ligadura de las trompas de falopio, y en el hombre por medio de la sección de los conductos deferentes. Álvarez-Uría, Manuel y Pedro Riera (2005), Diccionario Médico, Madrid, Madú Ediciones.

³³ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 189.

acerca de las propuestas diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación, curación o prevención, dirigidas al caso concreto de planificación familiar y procreación para que constituyan opciones que provean, prevengan y mejoren su estado corporal y mental, con apego y respeto a la persona; considerando en todo momento la libertad, sentimientos, creencias, convicciones, sus conceptos, y en última instancia sus decisiones sobre los procedimientos a los que podría ser sometida, en conocimiento de los riesgos y posibles consecuencias; con ello garantizan el ejercicio y goce de los derechos con los que cuenta el paciente.

Lo que es congruente con lo reconocido en la Carta de Derechos de los Pacientes cuando observa que ellos, o en su caso quienes sean los responsables de su custodia o cuidado poseen el derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión de por medio, aceptar o rechazar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en aquellos casos en los que el paciente se encuentre en estado terminal.³⁴

Derivado de lo anterior, los hospitales deben brindar una asistencia y atención a la salud que no solamente sea adecuada a los protocolos y procedimientos que han sido establecidos con apoyo en la literatura, también sus servidores públicos profesionales tienen la obligación de actuar sobre la base de lo mejor recomendado atendiendo a la experiencia en el ejercicio de la práctica médica compendiada en lineamientos y guías; de esa forma, los servicios que se otorguen reunirán calidad y eficacia, maximizando una garantía de respeto a los derechos humanos de los pacientes.

Al respecto, procedimientos tales como la esterilización forzada violan el derecho humano a la salud, pero por la naturaleza de la afectación vulneran además el derecho a la igualdad y a la no discriminación, así como a la vida privada (autonomía

³⁴ Principio 4, Carta de Derechos de los Pacientes. Secretaría de Salud. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Consultado el siete de diciembre de dos mil dieciséis y disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

reproductiva) de las personas. Sin soslayar que esta práctica se lleva a cabo en contextos en que los sujetos en quienes recae pueden ser hombres y mujeres en diferentes situaciones especiales de salud; por su esencia anatómica y exposición de vida, se torna frecuente que sean las mujeres quienes enfrentan condiciones de violencia obstétrica en que se les dificulta o imposibilita conocer el riesgo de salud que enfrentarán, la situación médica que requieren comprender o el riesgo sanitario al que se exponen cuando acuden a una unidad médica por necesidades de enfermedad o procesos biológicos como el parto.

Procesos durante los cuales puede realizarse una práctica de esterilización forzada o aplicación de un método de anticoncepción definitivo, donde los médicos supongan que estén haciendo lo correcto o den por hecho que deben -de acuerdo a su experiencia- realizar un procedimiento para el que es necesario e indispensable cerciorarse, verificar o, en su caso, recabar un consentimiento informado, sin ejercer presión para obtenerlo.³⁵

Como quedó expuesto en el caso concreto, **V1** acudió el dieciséis de julio de dos mil catorce al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, a efecto de recibir atención médica toda vez que se encontraba en labores de parto, la paciente, de quien se habían recibido resultados de laboratorio que la determinaban como portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, fue sometida al procedimiento que consistió en la interrupción de su embarazo vía cesárea. En el mismo momento del alumbramiento, la doctora **SPR3**, médica especialista “A” llevó a cabo oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia, sin contar con el consentimiento de **V1**.

Se afirmó lo anterior, toda vez que **SPR3** señaló que fue ella quien le practicó la cesárea de urgencia, en razón de que al tener conocimiento de la probable infección por virus de la inmunodeficiencia humana existía el riesgo de que se produjera una

³⁵ Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). 2015. Evidencia 6.

transmisión vertical entre la madre y el producto; afirmó que también realizó la oclusión tubaria bilateral (**OTB**) o salpingoclasia, expresando lo siguiente:

5. Que diga la compareciente, ¿quién practicó la salpingoclasia a la señora V1 el día 16 de julio de 2014 y en qué momento se realizó?

R: Yo le realicé la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o salpingoclasia a la paciente V1 y fue durante la cesárea que se la practiqué ya que en el momento en que me la pasaron me informaron OTB por lo que di por hecho que ella había dado su autorización [...] donde nos autoriza ambos procedimientos, sin embargo, no depende de mí tomar la firma o autorización de la paciente.

No obstante, la declaración vertida por **SPR3** careció de fundamento, toda vez que no existió carta de consentimiento informado en la que **V1** haya aceptado la realización de dicho procedimiento, observándose únicamente una hoja de intervención quirúrgica en la que se aprecia de forma ilegible la fecha y donde se distingue únicamente la firma de la paciente autorizando la cesárea.

Con lo anterior se observó una omisión por parte del personal médico, toda vez que la paciente solamente autorizó que le fuera practicada la cesárea, mas no la oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia. Además, resultó evidente que dicho evento se suscitó a consecuencia de la mala integración del expediente clínico, puesto que si bien en el mismo aparecen cartas de consentimiento, las mismas eran relativas a que se realizara el procedimiento anestésico; observándose otra con el propósito de validar la recepción del tratamiento antirretroviral, sin contener el consentimiento de **V1** para que le fuese practicado el método anticonceptivo; situación que contravino lo establecido por la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*,³⁶ que señala los elementos que debe reunir la carta de consentimiento informado, como mínimo lo siguiente:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

³⁶ En vigor al momento de los hechos. La entrada en vigor de esta norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión.

“2017. Año del Centenario de las Constituciones Mexicana y Mexiquense de 1917”.

- 10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- 10.1.1.3 Título del documento;
- 10.1.1.4 **Lugar y fecha en que se emite;**
- 10.1.1.5 **Acto autorizado;**
- 10.1.1.6 **Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;**
- 10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
- 10.1.1.8 **Nombre completo y firma del paciente**, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;
- 10.1.1.9 **Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento** para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.
- 10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

Dada la importancia del expediente clínico, es indispensable que la autoridad sanitaria garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente para ser partícipe o no en procedimientos clínicos o quirúrgicos, por tanto, el expediente debe integrarse de forma tal que cada una de las actuaciones que el personal de salud realice, queden almacenadas dentro del mismo; pues en el caso de **V1**, la firma de aceptación respecto a la cesárea fue recibida en una hoja de intervención, que correspondía con los requisitos anotados.

Aunado a ello, en la comparecencia que **SPR3** efectuó ante esta Defensoría de Habitantes, la servidora pública señaló que respecto al procedimiento denominado oclusión bilateral tubaria (OTB) o salpingoclasia, personal del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* ha sugerido a las pacientes como es el caso de **V1**, que *se operen para ya no tener bebés*; situación que resultó ajena a sus funciones y que además es contraria a lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*,³⁷ la cual precisa que para efectos de llevar a cabo cualquier procedimiento anticonceptivo, se

³⁷ Vigente al momento de los hechos. El veinte de abril de mil novecientos noventa y cuatro, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

requiere necesariamente de sesiones de consejería previas, mediante las cuales los usuarios puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas; además indica que:

5.4.2.7 La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

Del análisis que este Organismo realizó, y confrontado con las constancias remitidas por el Instituto de Salud del Estado de México, se pudo estimar que la actuación de la doctora **SPR3** se encontró ajena a los imperativos éticos y normativos que regulan el ejercicio de los profesionales de la salud, pues con sus acciones y omisiones, desatendió las reglas básicas que establecen el derecho a la autonomía y libre decisión de los pacientes, permitiendo que se realizase un procedimiento contrario a la voluntad de **V1**. En suma, este Organismo reitera que la atención médica no solo debe ser de calidad, sino que además debe respetar los procedimientos, técnicas y actuaciones con los que se regula, a fin de que sean aceptables para los pacientes, y como es el caso particular, para la mujer.

Lo anterior es congruente con lo señalado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el cual establece en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud³⁸ que serán aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, respetando su dignidad, garantizando su intimidad y tomando en cuenta sus necesidades y perspectivas. Además, se instituye que los Estados Partes deben prohibir todas las formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento,

³⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Comité CEDAW. Recomendación General N° 24: La mujer y la salud (02/02/99), consultada el ocho de diciembre de dos mil dieciséis y disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf?view=1>

en razón de que este tipo de prácticas violan el derecho de la mujer a la dignidad y a dar su consentimiento.

En el caso en estudio, se vulneró la decisión libre e informada de la paciente y sobre la expresión de su voluntad, en correlación con la violación que se exhibió, consistente en el diagnóstico erróneo y el tratamiento equivocado respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, en los tres integrantes de una familia perjudicó el momento de vida, las decisiones sobre ella y sobre su salud; finalmente, afectó la integridad física y mental de las víctimas. Además, el procedimiento antireproductivo practicado es considerado no reversible o definitivo, lo que actualmente sigue afligiendo a **V1** y **V2**.

V. DERECHO A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

DERECHO DE TODO SER HUMANO A MANIFESTAR SU CONSENTIMIENTO EXPRESO, LIBRE E INFORMADO, SOBRE TODA INTERVENCIÓN MÉDICA, PREVENTIVA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA QUE REPRESENTA UN RIESGO A SU SALUD; PUEDE REVOCARLO EN CUALQUIER MOMENTO Y POR CUALQUIER MOTIVO.³⁹

La literatura médica considera que el derecho a otorgar un consentimiento válidamente informado se basa en el principio de autonomía del paciente, con relación a su dignidad humana. Este concepto se refiere al deber de los profesionales de la salud para proporcionar información suficiente e idónea respecto de los procedimientos, métodos o técnicas que habrán de aplicarse al paciente; también constituye un acto de comunicación entre el médico y aquél, teniendo como objeto legitimar el acto médico, estableciendo derechos y obligaciones recíprocas.⁴⁰

Así, el consentimiento informado deja de ser un acto simple o una parte más del expediente clínico, se convierte en un proceso de intercambio y comunicación entre el personal de la salud y el paciente que se consolida por medio de la manifestación

³⁹ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 176

⁴⁰ Revista CONAMED. Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2ª Época. Vol. 9, No. 3, julio-septiembre, 2004.

de la voluntad impresa en un documento. Mediante el consentimiento informado, el personal de la salud hace del conocimiento al paciente, de forma idónea, clara y precisa, los datos e información acerca de su padecimiento; le propone procedimientos exponiéndole los riesgos y beneficios que conllevan, así como las alternativas existentes. Cuando el consentimiento informado se materializa en una carta y se anexa al expediente clínico, este documento servirá para demostrar que el personal médico ha informado y que el paciente ha comprendido dicha información, con lo cual se garantiza el respeto a la dignidad y autonomía de los usuarios del servicio de salud, asegurando y autenticando el contenido ético del acto médico.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado acerca del consentimiento válidamente informado, al tenor de lo siguiente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.

El consentimiento informado es consecuencia necesaria o explicitación de **derechos a la vida**, a la **integridad física** y a la **libertad de conciencia**, el cual consiste en **el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos**. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, **es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención**. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero **no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucrados**.⁴¹

Así, en el caso que nos ocupó, de las evidencias obtenidas en la investigación se adquirió que **V1** fue ingresada a la unidad hospitalaria responsable donde el personal médico que la atendió decidió practicarle cesárea toda vez que presentaba un diagnóstico de portadora del virus de la inmunodeficiencia humana y, en ese mismo evento quirúrgico, la doctora **SPR3** llevó a cabo el método anticonceptivo

⁴¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: 1a. XLIII/2012 (10a). Décima Época, Tesis Aislada (Constitucional), Primera Sala. Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1, p. 478.

denominado oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia, sin contar con el consentimiento válidamente informado por parte de la paciente. Dicha omisión se comprobó con las documentales que integraron el expediente clínico de **V1**; donde existe una carta con el rubro específico de: *Carta de Consentimiento Informado para Realizar Procedimiento Anestésico*, pero se aprecia que se incluyó el señalamiento para practicar cesárea, y se advirtió que se agregó la oclusión tubaria bilateral (OTB).

Si bien en la documental mencionada apareció la leyenda acerca del procedimiento de cesárea sumado al método anticonceptivo citado, es incompatible con la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*, que la referencia se encontrara en una carta diversa al acto médico y que no corresponda a éste; la que en ese momento tenía como único fin informar y solicitar la aceptación acerca del procedimiento de anestesia. Por otra parte, de la hoja de intervención quirúrgica –en que no se aprecia fecha de realización-, aparecía el nombre de la paciente **V1**, y la leyenda: *acepto cirugía cesárea [...] V1*.

Al contrastar con lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*, encontramos que ésta define a las cartas de consentimiento informado como aquellos documentos escritos, signados por el paciente, su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que han recibido información de los riesgos y beneficios esperados; y es contundente al señalar que para la realización de cualquier procedimiento médico deben existir cartas de consentimiento informado dirigidas a cada evento mínimo que se realice y entre los que se destacan los siguientes:

[...]

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 **Procedimientos que requieren anestesia general o regional;**

10.1.2.4 **Salpingoclasia** y vasectomía;
[...]

Ahora bien, de la declaración realizada por **SPR3** ante este Organismo se evidenció que si bien es cierto, la intervención quirúrgica de **V1** era urgente en razón de las semanas de gestación que presentaba, del inicio de las labores de parto y de los resultados de laboratorio que hasta ese momento la diagnosticaban como paciente portadora del virus de la inmunodeficiencia humana; la realización del procedimiento anticonceptivo no lo era, puesto que el acto médico que debía realizarse con mayor premura era el relativo a evitar la transmisión vertical del virus entre la madre y el producto.

En ese sentido, por la delicadeza del procedimiento anticonceptivo, era indispensable que **SPR3** revisara con atención si la paciente **V1** había firmado autorizando, con conocimiento de los alcances, la realización del método; hecho que no ocurrió, a lo que la servidora pública argumentó:

[...] sin embargo, **tratándose de un caso urgente como el de la paciente V1** en el cual se corría el riesgo de transmisión vertical de VIH, que significa que a través del parto la madre puede contagiar a su bebé, para evitar esta situación por los antecedentes médicos de la paciente, **seguramente fue que mis compañeros de urgencias de gineco ni siquiera la ingresaron a la unidad toco quirúrgica**, sino que la pasaron directo a sala de quirófano donde yo la opero, y específicamente en el caso de la paciente **V1** [...] **no me dio tiempo de revisar los documentos como normalmente se realiza**, sin embargo, el doctor **SP1** que fue quien la revisó en urgencias, **me informó sobre los datos de la paciente** diciéndome que tenía nueve de dilatación **y que era portadora de VIH, por lo cual no necesitaba decirme más para yo entender que se trataba de una urgencia** [...] por lo cual no me consta el momento en el cual se recabó su consentimiento de la señora **V1**.

Y sobre este punto, el Tribunal Supremo de nuestro país ha señalado que una de las partes esenciales del acto médico es el consentimiento válidamente informado, el que puede contar con excepciones para su cumplimiento, solo cuando se justifique que el tratamiento, intervención o procedimiento que se llevará a cabo, sea urgente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. JUSTIFICACIÓN DE SU SUPUESTO DE EXCEPCIÓN.

El consentimiento informado es un requisito que se desprende legalmente del "Capítulo IV. Usuarios de Salud y Participación de la Comunidad" de la Ley General de Salud y **consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos como consecuencia necesaria o explicitación de los derechos a la vida, integridad física y libertad de conciencia.** No obstante, el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé que **cuando concurra un caso de urgencia o el paciente se encuentre en un estado de incapacidad transitoria o permanente y no sea posible obtener la autorización de su familiar más cercano, tutor o representante para los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, los médicos de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de dos de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico de dicho actuar.** En ese sentido, aun cuando pudiera parecer que es un contrasentido que ese estado de urgencia sea una excepción a la concurrencia de un consentimiento informado expreso para efectuar un acto médico que entrañe un alto riesgo para el paciente, pues precisamente la respectiva autorización es la forma en que el sistema jurídico respeta la libertad de esa persona para decidir sobre su propio cuerpo, **lo cierto es que el propio sistema jurídico realiza una ponderación entre la voluntad del paciente y las obligaciones que tiene todo personal médico-sanitario de emprender las acciones necesarias para respetar y proteger el derecho a la salud, la integridad y/o vida de una persona.** Así, el caso de urgencia que justifica el acto médico a pesar de la ausencia de consentimiento del paciente, es la forma en que el ordenamiento jurídico reconcilia ambos valores, preponderando la protección de la salud, pero sujetando consecuentemente al médico o diverso profesional médico-sanitario a un estándar más alto para acreditar su debida diligencia médica: **tendrá que demostrar que esa actuación era imperiosa para la protección de la integridad o vida del paciente y deberá hacerlo en acuerdo con otro profesional médico, asentando sus razones para acreditar el estado de urgencia y detallando toda información relevante en el expediente clínico, bajo su más estricta responsabilidad.** Esta determinación no prejuzga sobre los supuestos de negativa de consentimiento por objeción de conciencia o libertad religiosa.

Por tanto, el acto médico que involucre un alto riesgo al paciente que fue realizado sin acreditarse un caso de urgencia o sin recabarse el debido consentimiento informado, se reputará como una negligencia médica por transgresión a la *lex artis ad hoc*, si se tiene por satisfecho el resto de los elementos de la acción: la existencia de un daño y que tal acto negligente originó o fue un factor determinante en su producción.⁴²

Bajo esa tesitura, como lo indica la Suprema Corte, cuando sea necesario llevar a cabo cualquier acto médico urgente en que el paciente no pueda expresar su voluntad y consentir su realización, se requiere que el profesional de la salud mediante acuerdo con el resto del personal sanitario que se encuentre en ese momento, ponderarán la situación, decidirán y llevarán a cabo el tratamiento o procedimiento necesario, dejando constancia en el expediente clínico acerca de su actuar.

En la situación de **V1**, el argumento del Tribunal Supremo de nuestro país no justificó el actuar de la servidora pública, toda vez que la doctora **SPR3** desconocía si la paciente había otorgado su consentimiento para realizar la oclusión tubaria bilateral, pues el caso de urgencia se suscitó al momento de ingresar en estado de dilatación y tras iniciar labores de parto, no así para el procedimiento anticonceptivo.

Por otro lado, la Corte exige al profesional de la salud, demostrar que su actuación sea necesaria para proteger la integridad o la vida del paciente, asentando sus razones para que pueda acreditarse el estado de urgencia; lo que es contrario al actuar de la doctora **SPR3** en razón de que el procedimiento de oclusión tubaria bilateral, al ser un método anticonceptivo definitivo y un medio de planificación familiar, requiere de un proceso previo en el que se aconseje, oriente y se recabe la manifestación de voluntad del paciente, lo que en particular no aconteció.

De lo expuesto se concluyó que la actuación de **SPR3** contravino lo establecido por el marco normativo, ya que omitió atender un acto de suma importancia como lo es

⁴² Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Tesis: 1a. CXCIX/2016 (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Constitucional), Primera Sala. Libro 32, Julio de 2016, Tomo I, p. 313.

el consentimiento válidamente informado; vulnerando así el derecho de **V1** a decidir respecto del método, tratamiento o procedimiento de planificación familiar ante el cual pudiera optar.

VI. DERECHO A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD LE OTORGUEN ATENCIÓN MÉDICA CON RESPETO A SU DIGNIDAD Y DE CONFORMIDAD A SUS CONVICCIONES PERSONALES Y CULTURALES.⁴³

Los servicios de salud requieren de profesionales capacitados no solamente para diagnosticar y atender de forma adecuada a los pacientes, sino que además necesitan ofrecerles un trato que no atente contra su dignidad y que respete su derecho a la igualdad, es decir que no sea discriminatorio o haga diferencia en razón de su estado de salud o tipo de enfermedad, estando obligados a procurar desde su persona la calidez hacia el paciente, lo que significa facilitar a todos los usuarios, todos los medios a su alcance como profesional y como unidad hospitalaria para que se cumplan los fines del servicio.

De esa forma, el artículo 51 de la Ley General de Salud establece que 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.

Aunado a ello, la Carta de Derechos de los pacientes señala que éstos poseen el derecho a que el médico, la enfermera y el personal que les brinde atención médica, se identifiquen y les otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente aquellas relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, sin importar el padecimiento que presenten, haciendo extensivo este trato para con los familiares y/o acompañantes del usuario del servicio de salud.

⁴³ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2015), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 171.

En ese sentido, la condición de vulnerabilidad bajo la que se encuentran los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana VIH, implica priorizar la atención digna y respetuosa que se requiera, procurando que se acceda a servicios de salud apegados a proteger sus derechos humanos.

En el caso en concreto, como lo hemos señalado anteriormente, derivado de los resultados que de forma errónea diagnosticaron a **V1** como paciente con VIH, le fue practicada cesárea de urgencia con el fin de evitar la transmisión vertical hacia su menor hija **V3**, llevándose a cabo también procedimiento anticonceptivo denominado oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia, sin que la paciente otorgase su consentimiento.

Bajo esa tesitura, el trato que **V1** recibió por parte del personal médico del Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada* se alejó de los principios éticos y médicos que rigen a dicha profesión, se omitió en primer lugar recabar el consentimiento de la paciente para que le fuera realizado el procedimiento anticonceptivo permanente; y en segundo lugar, si bien el presunto diagnóstico de VIH se había llevado a cabo con anterioridad, **V1** no recibió consejería ni información acerca de los métodos de planificación familiar y de control y prevención del virus de la inmunodeficiencia humana, por lo que se concluyó que la atención recibida careció de los procedimientos previos para llevar a cabo el referido acto médico.

Después, cuando la paciente fue dada de alta y citada nuevamente en el hospital a fin de que se le explicara la forma en que se llevaría a cabo su tratamiento por ser supuestamente portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, **V1** fue víctima de tratos discriminatorios por parte del personal médico; lo que se reflejó en la manifestación que atribuye a **SPR3**:

[...] ¿Usted es la que tiene VIH verdad? Le voy a pedir que cuando utilice los servicios de salud, les informe a mis compañeros que es portadora de VIH, porque si usted se contagió por gusto, ni mis compañeros ni yo

tenemos por qué pagar sus consecuencias [...] a la par que me entregaba mi alta del servicio, por lo que me retiré inmediatamente, ya que las personas que estaban ahí comenzaron a murmurar y a discriminarme, alejándose de mí [...]

Conducta que contravino el máximo valor ético y profesional con el que debe actuar el servidor público profesional de la salud, ya que lejos de impulsar, promover y practicar un trato digno y respetuoso en atención a la situación de vulnerabilidad bajo la que se encontraba **V1**; la doctora **SPR3** desatendió lo dispuesto en la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, la cual establece que todas las instituciones de salud deberán prestar atención de urgencia con calidad a personas que viven con VIH/SIDA, cuando así lo requiera la condición clínica del paciente, desarrollando dicha atención de manera responsable, digna, respetuosa y libre de discriminación.⁴⁴

En consecuencia, de todo lo anteriormente expuesto, este Organismo consideró que en la ejecución del acto médico con que se atendieron las necesidades de salud de **V1**, **V2** y **V3** se acreditaron vulneraciones a derechos humanos, por lo que estimó pertinente solicitar al Instituto de Salud del Estado de México implemente las siguientes:

VII. MEDIDAS DE REPARACIÓN INTEGRAL

Conforme a lo dispuesto en el artículo 109 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁴⁵ en relación con los numerales 1, 5, 7, 26, 27, 62 fracción I, 64 fracciones III, VII y VIII, 73 fracción V, 74 fracción II y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; así como en los artículos 1, 2, 10, 11, 12, 13 fracciones

⁴⁴ En vigor al momento de los hechos. El quince de octubre de dos mil diez se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

⁴⁵ Artículo modificado con las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 2015, y que al momento de los hechos correspondía al diverso 113 constitucional, el cual refiere que “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”.

II, III, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México; atendiendo a las circunstancias del asunto, a las acciones y omisiones que expusieron la vulneración, con un criterio de complementariedad para la determinación armónica y eficaz de las medidas de reparación, contemplando un enfoque diferencial y especializado, ante las evidencias del caso, este Organismo ponderó y consideró aplicables las siguientes:

A. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

A.1 ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

Como se desprendió de las evidencias allegadas por este Organismo, **V1** y **V2** sufrieron un menoscabo en su integridad personal a causa de la conducta desplegada por servidores públicos adscritos al Instituto de Salud responsable; por lo que, previo consentimiento expreso de las víctimas, la autoridad recomendada deberá otorgarles o facilitarles la atención psicológica que requieran, la cual se proporcionará por personal profesional especializado, de forma inmediata y continua hasta su total rehabilitación; de ser consentido por los agraviados, la autoridad de salud diseñará la agenda correspondiente atendiendo a sus necesidades particulares con el fin de ayudar a resolver el daño sufrido; planificará acciones de seguimiento, y notificará a esta Comisión el cumplimiento de la medida de reparación cuando suceda el alta médica relativa.

De igual manera, la autoridad de salud solicitará a **V1** y **V2** para que consientan que la medida antes señalada se haga extensiva a **V4** y **V5**, afectados por la situación de vulneración; en caso de acceder, quedará a cargo del Instituto otorgar los medios para su implementación. Para cumplir estos requerimientos podrán auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca esos servicios y se encuentre en un radio de alcance conveniente para las víctimas, según su lugar de residencia.

A.2 ATENCIÓN MÉDICA

La autoridad responsable, Instituto de Salud del Estado de México supervisará que en la(s) unidad(es) médica(s) que corresponda(n) por razón de la distancia, asignación de servicio médico, especialidad requerida, o si fuera necesario en atención médica privada; previo su consentimiento, se practiquen a **V1** y **V3** los exámenes médicos sistémicos (a fin de agotar la revisión minuciosa, a la exploración, clínica y química necesaria, de cada uno de los aparatos y sistemas del cuerpo humano) que valoren el estado físico en que actualmente se encuentran; y sirvan para constatar que el medicamento antirretroviral suministrado no dejó secuelas en su integridad corporal.

B. MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

En el caso que nos ocupa, la violación al derecho a la protección de la salud se materializó en negligencia médica como mala práctica, en perjuicio de **V1**, así como de **V2** y **V3**, trayendo consigo además vulneraciones indirectas en su círculo familiar cercano; por lo que resulta aplicable lo establecido en el artículo primero, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que para tal efecto señala: 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 lo tanto, y en términos del artículo 101 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, y 126 fracción VIII de la Ley General de Víctimas, al encontrarse acreditadas las violaciones a derechos humanos, este Organismo consideró que es procedente la reparación indemnizatoria a cargo del Instituto de Salud de la Entidad, en razón de la negligencia y mala práctica médica que exhibió el personal sanitario bajo su adscripción al llevar a cabo el diagnóstico erróneo y la

posterior esterilización forzada, responsabilidad que reconoce el Estado en el artículo 109 de la Constitución General de la República.

Esta Defensoría de Habitantes estima pertinente resaltar que el derecho a reparación es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en tratándose de violaciones a derechos humanos, por lo que toda medida tendente a desaparecer o atenuar en la medida de lo posible los efectos de la vulneración cometida, beneficia la correcta progresividad y complementariedad de los derechos. De igual manera, es preciso señalar que la indemnización, su naturaleza y su monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial. Asimismo, las reparaciones no pueden implicar enriquecimiento para la víctima o sus familiares, ni empobrecimiento para las autoridades responsables, sino, de manera equilibrada deben guardar estrecha relación con las violaciones a derechos humanos contenidas en este documento de Recomendación.⁴⁶

Conforme a lo que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha analizado meticulosa y exhaustivamente para determinar los montos por concepto de indemnización, en el caso concreto podemos establecer los siguientes rubros.⁴⁷

B.1. DAÑO FÍSICO Y MENTAL

Se refiere al conjunto de afectaciones físicas y daños severos e irreversibles que sufren las víctimas de violaciones de derechos humanos, en este asunto, derivado de las omisiones por parte del personal adscrito al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, del Instituto de Salud del Estado de México, las cuales constituyeron una violación manifiesta a los derechos humanos. Este Organismo consideró procedente determinar una indemnización pecuniaria que permita compensar el menoscabo a la salud, el sufrimiento y la afectación a las decisiones

⁴⁶ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Trujillo Oroza Vs. Bolivia. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de febrero de 2002. Serie C No. 92, párrafo 63.

⁴⁷ Cfr. La Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en Materia de Reparaciones y los Criterios del Proyecto de Artículos sobre Responsabilidad del Estado por Hechos Internacionalmente Ilícitos, pp. 105 – 109. Consultado el diecinueve de enero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>

de vida que se actualizaron con la conducta desplegada por los servidores públicos en el acto médico.

Como se comprobó durante la investigación de los hechos, a causa del diagnóstico erróneo y, en la búsqueda de nuevas opiniones médicas, así como de la realización de otros exámenes que reflejaran un diagnóstico certero –y según lo manifestado por **V1** ante esta Defensoría de Habitantes-, las víctimas soportaron un quebranto en la vida que tenían de manera previa a la vulneración.

Esto es así, porque en la salud física y mental de **V1** y **V2**, el impacto de la noticia de ser pacientes afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana repercutió de la siguiente manera: a) en las limitaciones a que fue expuesta **V1** para decidir la forma en que sucedería el alumbramiento de **V3**, y le privó a ésta de la lactancia materna; b) **V1** y **V3** recibieron antirretrovirales; c) **V1** sufrió discriminación al interior de las propias instalaciones de la autoridad recomendada; adicionalmente, d) hubo pérdida de la fuente de trabajo de **V2**, sostén familiar.

B.2. DAÑO EMERGENTE

Bajo este criterio, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha comprendido los gastos en que incurren las víctimas o sus familiares con el fin de dar con la verdad; estimando para tal efecto aquellas visitas a instituciones, gastos por concepto de transporte, hospedaje, entre otros, que hayan realizado a causa de la violación a derechos humanos. Como consecuencia, la indemnización compensatoria debe cubrir al menos, los desembolsos generados por estos rubros. Derivado de la vulneración descrita, **V2** debió enfrentar la pérdida de su trabajo y, siendo el proveedor económico, los gastos médicos, de transporte, para la alimentación, y otros aspectos de la manutención familiar de **V1**, **V2**, **V4** y **V5**; así como los suplementos alimenticios de **V3**, y los elementos necesarios para la atención de una recién nacida fueron financiados necesariamente a través del apoyo de sus familiares.

B.3. LUCRO CESANTE

Finalmente, la Corte precisa como lucro cesante, las interrupciones en los ingresos, salarios, honorarios, y retribuciones de las víctimas; reflejando el perjuicio sobre condiciones concretas de las que realmente disfrutaba la víctima; así como la probabilidad de que tales condiciones continuasen y progresasen si la violación no hubiera tenido lugar. Así, por lo que hace al caso que nos ocupó, este Organismo ha evidenciado que de la vulneración sufrida se ocasionó la pérdida del empleo de **V2**, por aproximadamente seis meses, quien trabajaba como dependiente en una gasolinera, con un ingreso mensual de tres mil quinientos pesos, colocando a su núcleo familiar en una situación de detrimento, ya que fungía como el único proveedor económico.

De este modo, la indemnización compensatoria que procede será cubierta por la Institución responsable considerando los rubros descritos en los apartados **B.1.**, **B.2.** y **B.3.**; para lo cual deberá concertarse una mesa de trabajo en la que participe la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y, en reunión con **V1** y **V2** determinen el monto, establezcan la forma y fecha en que ésta se pagará.

C. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

C.1. ADMINISTRATIVAS

El Instituto de Salud del Estado de México, a través de su coordinación de salud velará por que la póliza del seguro popular con la que se encuentren afiliados a los servicios de salud **V1**, **V2**, **V3**, **V4** y **V5** permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y se encuentren en posibilidad de recibir la atención médica que requieran.

C.2 APLICACIÓN DE SANCIONES PENALES

El artículo 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, previene la aplicación de sanciones judiciales a los responsables de violaciones de derechos humanos, sobre la base que las autoridades competentes determinen. En el caso concreto, será la Fiscalía General de Justicia del Estado de México,⁴⁸ a través de la Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos por Servidores Públicos, instancia que integra la carpeta de investigación TOL/TOL/FSP/060961/16/09 radicada en la mesa primera de trámite sede Tlalnepantla de Baz, México, quien determine, en un plazo razonable y prudente, la responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido servidores públicos.

D. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

En armonía con lo fijado en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas, deben considerarse las siguientes acciones:

D.1. PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A LA *LEX ARTIS*

De manera inmediata, se implementen la(s) circular(es) necesarias como instrumento administrativo idóneo para garantizar la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico* y *NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, Norma Oficial Mexicana *NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos*, Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos en la Prestación del Servicio Médico*,⁴⁹ Norma Oficial Mexicana *NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*, que son base de los razonamientos esgrimidos

⁴⁸ Anteriormente Procuraduría General de Justicia del Estado de México hasta la publicación en el Periódico Oficial Gaceta de Gobierno del Estado de México del Decreto Número 167 por el que se expide la Ley de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México y se emite la Declaratoria de la entrada en vigor de la autonomía constitucional de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México del nueve de diciembre de dos mil dieciséis.

⁴⁹ En vigor al momento de los hechos. El siete de abril de dos mil dieciséis se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente 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.

en esta Recomendación; con la finalidad de evitar que el acto médico carezca de respeto a la dignidad y a los derechos fundamentales del paciente, para prevenir que se repita una situación de riesgo como la que se resolvió, y a la vez cuidar que los procedimientos que marca la *lex artis médica* se realicen de manera profesional; además, garantizar que la autoridad recomendada tome las medidas que fortalezcan el sentido del deber ético de diligencia y debido cuidado, así como el ejercicio de la práctica médica conforme a normas, procedimientos, guías de referencia y lineamientos establecidos para los servidores públicos del Instituto de Salud del Estado de México; conforme a lo razonado en los apartados **V** y **VI** de esta Recomendación, y bajo la supervisión de su coordinador de salud, según las atribuciones que a él le concede el artículo 16 del Reglamento Interno del propio Instituto. Lo que hará del conocimiento de ese Organismo.

D.2. CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

Para inducir a que el personal médico se conduzca privilegiando el trato digno y respetuoso hacia los pacientes, desplegando sus funciones con respeto a la dignidad de los usuarios de los servicios de salud y ejecutando la información e indicaciones que se derivan de las normas especializadas de las que dio cuenta esta Recomendación. La autoridad responsable deberá presentar a esta Defensoría un programa de cursos en materia de protección a derechos humanos dirigido a los servidores públicos adscritos al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, específicamente a los servicios de: banco de sangre, de epidemiología y de ginecoobstetricia; el contenido de los cursos deberá contemplar la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local en torno a los procedimientos clínicos, con especial énfasis en aquellas Normas Oficiales Mexicanas y guías de práctica médica que se relacionan con el presente asunto.

En el programa que se remita a esta Comisión para considerar el cumplimiento de la medida de reparación deberá integrarse: el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido –precisando el servicio-, el objetivo que se pretende alcanzar,

la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos particulares; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos.

D.3. ACTOS INSTITUCIONALES

CIRCULAR

Asimismo, este Organismo consideró necesaria la emisión de una circular en la que el Instituto recomendado exhorte a los profesionales de salud que ejercen bajo su adscripción e interactúan con los pacientes, para que desarrollen los procedimientos médicos y administrativos que les corresponden en la ejecución del acto médico, con base en la normativa del ramo, una vez que aporten la consejería necesaria y requerida, respeten en todo momento la autonomía en sus decisiones y cuiden se exprese válidamente su consentimiento informado, a fin de evitar violaciones a derechos humanos como las aquí descritas. Petición que deberá implementar y supervisar a través de su coordinador de salud haciéndola del conocimiento de este Organismo al informar sobre el cumplimiento de la medida de reparación.

PROCEDIMIENTOS

Respecto al funcionamiento y operatividad de los bancos de sangre anexos a las unidades hospitalarias pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México; y con el fin de evitar la repetición de hechos como los aquí descritos, en los que el respeto al derecho humano de protección de la salud depende de la confiabilidad en los resultados de los análisis de muestras que se entregan, la Institución recomendada, a través de su coordinación de salud, informará a este Organismo sobre la normativa y los procedimientos que disponga para cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana *NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos*.

Lo anterior, en razón de que los bancos de sangre y los servicios de transfusión deben contar con un sistema de gestión de calidad para garantizar la seguridad de

las unidades de sangre y componentes sanguíneos, así como la de los servicios prestados; por lo tanto, la autoridad responsable informará y documentará a esta Comisión si cuenta con los procedimientos normalizados de operación, guías e instructivos de fácil comprensión, aplicabilidad e implementación, orientados a los profesionales de la salud que intervienen en la preservación, custodia, procesamiento, análisis y entrega de resultados. En esa revisión, deberá tener especial cuidado en que las pruebas o reactivos que se dispongan para esos casos, se manejen de manera metódica para evitar que se produzca un error humano en el diagnóstico médico como en este asunto.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para atender la **medida de rehabilitación** consistente en proporcionar atención psicológica especializada, en principio a **V1** y **V2**, previo consentimiento documentado, deberá emitir un psicodiagnóstico especializado, y otorgar la atención que en su caso requieran, para lo cual presentará la agenda de citas acordadas con los especialistas que brindarán la atención, y documentará el seguimiento respecto al tratamiento psicológico; medida que deberá realizarse en la institución pública o privada que determine, la que debe contar con los elementos necesarios para la ejecución de lo recomendado, dentro de un perímetro cercano al domicilio de los beneficiarios.

En segunda instancia, si **V1** y **V2** consideran conveniente y oportuno que **V4** y **V5** reciban atención psicológica especializada, manifestarán su consentimiento y quedará a cargo del Instituto responsable dotarles de los medios necesarios para la instrumentación de la medida, en términos del párrafo anterior. Esta

Recomendación deberá ser atendida de manera inmediata, según lo señalado en el apartado **VII A.1**, acreditándose su cumplimiento.

SEGUNDA. Como **medida de rehabilitación** comprendida en el apartado **VII A.2** de ponderaciones en este documento recomendatorio, el Instituto de Salud del Estado de México, previo consentimiento de **V1**, supervisará que en la(s) unidad(es) médica(s) que corresponda(n), por razón de la distancia, asignación de servicio médico, especialidad requerida, o si fuera necesario en atención médica privada; se practiquen a **V1** y **V3** los exámenes médicos sistémicos que valoren el estado físico en que actualmente se encuentran, agotando revisiones minuciosas: a la exploración, clínica y química necesarias, en cada uno de los aparatos y sistemas del cuerpo humano; los cuales sirvan para constatar que el medicamento antirretroviral suministrado no dejó secuelas en su integridad física. En caso afirmativo, proveerá lo necesario para la atención que requieran, hasta restablecer el quebranto a su salud. Acciones todas de las que se deberá remitir constancia a esta Defensoría de Habitantes.

TERCERA. Con base en lo considerado en el apartado **VII B**, como **medida de compensación**, se otorgará una indemnización pecuniaria a **V1** y **V2**, en su calidad de víctimas de violaciones a derechos humanos; para lo cual deberá integrarse una mesa de trabajo entre el Instituto de Salud del Estado de México, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Entidad así como con **V1** y **V2** para que, acorde a los principios de razonabilidad, proporcionalidad e impacto biopsicosocial, se determinen los daños materiales e inmateriales ocasionados a la víctimas por las omisiones descritas en el presente documento, determinen el monto de la indemnización compensatoria correspondiente a la reparación, la forma y fecha de pago. Se acreditará ante esta Comisión el cumplimiento de la medida.

CUARTA. Asimismo, y como **medida de satisfacción** señalada en el apartado **VII.C.1.**, el Instituto de Salud de la Entidad velará por que la póliza del seguro popular con la que **V1**, **V2**, **V3**, **V4** y **V5** se encuentren afiliados a los servicios de

salud permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y puedan recibir la atención médica que soliciten. De lo cual deberá remitir constancia a esta Defensoría de Habitantes.

QUINTA. Conforme a lo contemplado en el apartado **VII.C.2.** de esta Recomendación, como **medida de satisfacción** referente a la aplicación de sanciones penales; bajo el criterio de protección y defensa de los derechos humanos, remita por escrito al Fiscal General de Justicia, la copia certificada de esta Recomendación que se anexó, para que se integre a la carpeta de investigación número TOL/TOL/FSP/060961/16/09 radicada en la mesa primera de trámite de la Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos por Servidores Públicos con sede en Tlalnepantla de Baz, Estado de México; y sus elementos puedan considerarse al determinar, en su caso, la probable responsabilidad penal.

SEXTA. Como **medida de no repetición**, y atendiendo lo estipulado en el apartado **VII.D.1,** de ponderaciones en esta Recomendación; ordenará que, bajo la supervisión del coordinador de salud -conforme a las atribuciones que le concede el Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México-, se implemente(n) la(s) circular(es) con que se instruya la observancia a las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico y NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos en la Prestación del Servicio Médico,*⁵⁰ Norma Oficial Mexicana *NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.* Hecho lo cual se remitirán a esta Defensoría las constancias que así lo acrediten.

⁵⁰ En vigor al momento de los hechos. El siete de abril de dos mil dieciséis se publicó en el Diario Oficial de la Federación la vigente 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.

SÉPTIMA. Como **medida de no repetición**, para privilegiar el respeto al derecho humano a la protección de la salud y a recibir una atención médica libre de negligencia, a través de la autoridad médica competente, supervisada por la coordinación de salud del Instituto y de acuerdo a lo expuesto en el apartado **VII.D.2** de esta Recomendación, deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto a derechos humanos dirigido los servidores públicos adscritos al Hospital General de Cuautitlán *General José Vicente Villada*, específicamente a los servicios de: banco de sangre, epidemiología y de ginecoobstetricia; el contenido de los cursos deberá contemplar la revisión de marco jurídico nacional, convencional y local en torno a los procedimientos clínicos, con especial énfasis en aquellas Normas Oficiales Mexicanas y guías de práctica médica que se relacionan con el presente asunto.

La autoridad responsable deberá remitir a este Organismo el nombre de los cursos, indicar el personal específico al que irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos. Documentará ante este Organismo las acciones relativas a su cumplimiento.

OCTAVA. Como **medida de no repetición**, según lo determinado en el apartado **VII.D.3**, el Instituto de Salud del Estado de México deberá diseñar y emitir una circular dirigida a los profesionales médicos que bajo su adscripción interactúan con los pacientes; documento en el que se reiteren sus obligaciones para: a) desarrollar los procedimientos médicos o administrativos que les correspondan en la ejecución del acto médico, con base en la normativa de salud; b) aportar la consejería necesaria y requerida sobre el diagnóstico de padecimiento, su tratamiento y la forma en que se plantea la resolución de su situación de salud; y c) respetar en todo momento la autonomía y el consentimiento informado por parte de los usuarios de los servicios de salud para evitar violaciones a derechos humanos como las

descritas en esta Recomendación. El Instituto recomendado deberá remitir a esta Comisión las documentales que acrediten el cumplimiento de este punto.

NOVENA. Como **medida de no repetición**, y atendiendo lo estipulado en el apartado **VII.D.3.**, de ponderaciones en esta Recomendación; ordenará que, a través de su coordinación de salud, se informe a este Organismo sobre la normativa y los procedimientos que disponga para cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana *NOM-253-SSA1-2012, Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos*; mostrando a esta Comisión si cuenta con los procedimientos normalizados de operación, guías e instructivos de fácil comprensión, aplicabilidad e implementación, orientados a los profesionales de la salud que intervienen en la preservación, custodia, procesamiento, análisis y entrega de resultados. Con énfasis en el cuidado para que las pruebas o reactivos que se dispongan para estos casos se manejen de manera metódica para evitar que se produzca un error humano en el diagnóstico médico. Todo lo cual documentará en el cumplimiento de este punto recomendatorio.