

**AMPARO EN REVISIÓN 1049/2017
QUEJOSA: [LUISA] Y OTRA**

**RECURRENTES: PARTE QUEJOSA Y
AUTORIDADES RESPONSABLES**

**MINISTRO PONENTE: ARTURO ZALDÍVAR LELO DE LARREA
SECRETARIA: ANA MARÍA IBARRA OLGUÍN
COLABORADORES: MIGUEL OSCAR CASILLAS SANDOVAL
LAURA NALLELY NAVARRETE RODRÍGUEZ**

Ciudad de México. Acuerdo de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación correspondiente al día **15 de agosto de 2018**.

Visto Bueno Ministro

Sentencia

Cotejo

Que resuelve al amparo en revisión 1049/2017, interpuesto por la quejosa [Luisa], por su propio derecho y en representación de su menor hija [Clara]; por la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos; por el representante especial de los menores y por el Ministerio Público adscrito al Juzgado Octavo de Distrito; así como la revisión adhesiva interpuesta por el Instituto Chihuahuense de Salud; *todos*, en contra de la sentencia dictada el 12 de Julio de 2017 por el Juez Octavo de Distrito en el Estado de Chihuahua, dentro del juicio de amparo indirecto *****.

Sumario

En este asunto la madre de una niña con leucemia reclama que el Estado asumiera la tutela sobre su hija para autorizar que se le apliquen transfusiones sanguíneas, a pesar de que profesan la religión de Testigos de Jehová. La madre demanda que en el futuro se respete su consentimiento y que el tratamiento excluya esta medida. La cuestión a determinar es si fue constitucional la decisión del Estado de asumir la tutela en razón de que la madre se negó a las transfusiones sanguíneas indicadas a la menor cuando ésta

ingresó a urgencias, y si el tratamiento subsecuente debe excluir las transfusiones. La Primera Sala concluye que en contextos médicos la salud de la menor es la máxima consideración, por lo que revoca la sentencia recurrida, confirma la actuación de las autoridades y decide que la menor tiene derecho a recibir el tratamiento que tenga mayores probabilidades de recuperar su salud y salvar su vida.

1. Antecedentes

[Luisa] y [Manuel] procrearon a dos niñas: [Carmen], quien nació en 2006, y [Clara], quien nació en 2011. Los miembros de la familia pertenecen a la etnia rarámuri y son Testigos de Jehová.

En los primeros días del mes de abril de 2017 [Clara] presentó signos de varicela, por lo que su madre la llevó a consulta médica. El 19 de abril, [Clara] fue examinada. El médico tratante informó a [Luisa] que [Clara] probablemente padecía leucemia linfoblástica aguda, de modo que era urgente que acudiera al Hospital Infantil de Especialidades del Estado de Chihuahua.¹

[Clara] fue atendida en el área de urgencias aproximadamente a las 14:00 horas de ese mismo día. Los médicos explicaron a la madre las implicaciones en la salud de la niña a raíz del probable diagnóstico.² Dos horas después, la hematóloga ***** llevó a cabo una evaluación del estado de salud de [Clara]. La doctora concluyó que la niña presentaba muy probablemente un cuadro infeccioso viral, por lo cual solicitó el pase de la

¹ El 11 de abril de 2017, [Luisa] acudió a la unidad Cessa Aldama del Instituto Chihuahuense de Salud. Ante la sintomatología que presentaba la niña —infección en vías respiratorias y palidez de tegumentos—, el médico tratante ordenó la práctica de diversos estudios clínicos, tales como una biometría hemática completa y examen general de orina. [Foja 159 del juicio de amparo *****]. Derivado del resultado de los estudios practicados a [Clara], el 19 de abril de 2017, aproximadamente a las 12:00 pm, su médico tratante en unidad Cessa Aldama determinó como probable diagnóstico: leucemia linfoblástica aguda. Por ello, ese mismo día, remitió a la niña al Hospital Infantil de Especialidades del Estado de Chihuahua. [Foja 156 del juicio de amparo *****].

² Una vez en el Hospital Infantil, aproximadamente a las 14:00 horas, [Clara] fue atendida en el área de urgencias, por la doctora *****, quien describió a la menor como despierta, cooperadora, muy débil, decaída, pálida de piel, con buen estado de hidratación, sin dificultad respiratoria. Asimismo, la doctora ***** le explicó a la madre las implicaciones en la salud de [Clara] derivadas del probable diagnóstico. Finalmente, ordenó que [Clara] pasara al área de observación y que se le practicaran diversos estudios clínicos. [Foja 309, vuelta del legajo de pruebas].

menor a terapia intermedia, el inicio de tratamientos antivirales, antibióticos y hemoderivados (productos derivados de la sangre).³

Posteriormente, la hematóloga ***** informó a los padres de la gravedad en el estado de salud de [Clara], así como del tratamiento médico que consideraba idóneo, incluyendo la realización de transfusiones sanguíneas. Sin embargo, los progenitores expresaron que era su deseo buscar una medida alternativa a la transfusión de sangre dado que profesaban como familia la religión de los Testigos de Jehová.⁴

A las 19:30 horas, la trabajadora social del hospital infantil consideró que debía ponerse a la menor a disposición de la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos, Chihuahua, debido a la gravedad en el estado de salud de [Clara], la necesidad de llevar a cabo el tratamiento de transfusión sanguínea y la oposición de los padres a dicho tratamiento.⁵ Minutos más tarde, el doctor ***** informó de la situación a la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos.⁶

Intervención de la Subprocuraduría

En respuesta, la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos se entrevistó de inmediato con los padres con la finalidad de que aceptaran el tratamiento propuesto. Sin embargo, [Luisa] y [Manuel] continuaron negándose a que [Clara] fuera

³ Foja 251 del juicio de amparo legajo de pruebas.

⁴ Lo anterior es descrito en el inciso b) del capítulo de antecedentes de la demanda de amparo [Foja 5 del juicio de amparo *****]. Así como de la nota de la trabajadora social de 19 de abril de 2017 [Foja 4 del juicio de amparo legajo de pruebas] y del oficio ****, de 19 de abril de 2017, signado por *****, en su carácter de médico pediatra del hospital Infantil de Especialidades, en ausencia del director de la clínica, ***** [Foja 69 del cuaderno de suspensión].

⁵ Foja 4 del legajo de pruebas.

⁶ Así, mediante oficio *****, el doctor *****, en su carácter de médico pediatra del hospital Infantil, en ausencia del director de la clínica, Dr. *****, informó esta situación a la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos. [Foja 69 del cuaderno de suspensión.]

sometida específicamente el tratamiento que incluyera derivados de la sangre, solicitando una medida alternativa.⁷

Ante tal escenario, la titular de la Subprocuraduría decidió iniciar el **procedimiento administrativo de protección de menores** con base en tres factores: **(i)** el diagnóstico de posible leucemia linfoblástica aguda, **(ii)** la inmediata necesidad de que [Clara] recibiera transfusiones sanguíneas para salvar su vida a juicio de los especialistas y **(iii)** la negativa de sus padres a que se realice dicho tratamiento. La Subprocuraduría ordenó que la tutela de la menor estuviera provisionalmente a su favor, con el fin de autorizar los tratamientos médicos que fueran necesarios para salvar la vida de la niña.⁸

A las 22:40 horas, [Clara] fue ingresada al área de terapia intensiva. Bajo el consentimiento de la Subprocuraduría los médicos iniciaron la aplicación de inmunoglobulina vía intravenosa y transfusión de concentrado eritrocitario y concentrado plaquetario.⁹

Al día siguiente, el diagnóstico de [Clara] continuaba siendo reservado para la vida, pues mostraba altas probabilidades de presentar complicaciones. Consecuentemente, los médicos indicaron que se continuaría con dosis de inmunoglobulina y transfusiones de concentrado eritrocitario y plaquetario, entre otros tratamientos.¹⁰

No fue sino hasta el tercer día (el 21 de abril de 2017) que [Clara] finalmente se reportó estable. Al presentar una mejora, los médicos determinaron que era viable suspender la transfusión de concentrado eritrocitario, aunque estimaron que la transfusión de concentrado plaquetario e inmunoglobulina debía continuar.¹¹ En el cuarto día —22 de abril de 2017—, se reportó a [Clara] en buenas condiciones generales, por

⁷ Lo anterior es descrito en el inciso b) del capítulo de antecedentes de la demanda de amparo [foja 5 del juicio de amparo *****]. Ficha informativa del 19 de abril de 2017 signada por la Subprocuradora [Foja 72 del cuaderno de suspensión].

⁸ Lo anterior se desprende del auto de radicación 234/2017 de 19 de abril de 2017, signado por la Procuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños, y Adolescentes. [Foja 70 y 71 del cuaderno del incidente de suspensión].

⁹ Fojas 114, 209 y 310 a 313 del legajo de pruebas.

¹⁰ Asimismo, se ordenó la práctica de diversos estudios clínicos —examen general de orina, urocultivo y biimetría hemática— estableciendo que debía realizarse aspirado de medula ósea. [Foja 29, 30, 31, 115, 116, 252, 253 y 254 del legajo de pruebas].

¹¹ Este día se practica biimetría hemática. [Fojas 113, 117, 256, 257, 258 del legajo de pruebas].

lo que el personal ordenó que no se aplicaran transfusión de concentrado plaquetario por el momento.¹²

Para el día séptimo —25 de abril de 2017— aproximadamente a las 15:30 horas, la doctora ***** intervino quirúrgicamente a [Clara] con el consentimiento de la Subprocuraduría. La doctora realizó un aspirado y una toma de medula ósea con el objetivo de confirmar el diagnóstico: leucemia linfoblástica aguda.¹³ Este día también se efectuó una transfusión de concentrado plaquetario.¹⁴

En los días octavo y noveno —26¹⁵ y 27¹⁶ de abril de 2017—, [Clara] recibió inmonoglobulina y, para los días onceavo y doceavo, —28 y 29 de abril— una transfusión de concentrado plaquetario. Durante estos días [Clara] fue sometida a diversos estudios clínicos.¹⁷

En el doceavo día —30 de abril— se reportó a [Clara] en estado regular. Asimismo, se indicó la aplicación de inmonoglobulina y de transfusión de concentrado plaquetario.¹⁸ No obstante, en el registro de enfermería no se señaló que se hubiese realizado la transfusión de plaquetas.¹⁹

En el día quince —3 de mayo de 2017— fueron emitidos los resultados del análisis de las muestras de médula ósea, los cuales confirmaron que [Clara] padecía leucemia linfoblástica aguda. En este

¹² Ese día se realizaron estudios de biometría hemática y tiempo de protombina. [Fojas 27, 28, 120, 121, 259, 260, 261, 211, del legajo de pruebas].

¹³ Para esta intervención se realizaron los siguientes estudios clínicos química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, pre-operatorios y biometría hemática. [Fojas a 206, 207 y 214 del legajo de pruebas].

¹⁴ Fojas 126 y 127 del legajo de pruebas.

¹⁵ El 26 de abril de 2017, se practicaron los siguientes estudios: urocultivo, biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea, coprológico, examen general de orina, tiempo de protombina, funcionamiento hepático y hemocultivo. [Fojas 18, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 57, 84, 128 y 129 del legajo de pruebas].

¹⁶ El 27 de abril de 2017, se practicaron los siguientes estudios: electrolitos séricos, química sanguínea, biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh. [Fojas 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 y 216 del legajo de pruebas].

¹⁷ El día 28 de abril se practicaron los siguientes estudios médicos: coprológico, coprocultivo, biometría hemática, frotis de sangre periférica, electrolitos séricos y química sanguínea. [Fojas 58, 59, 60, 61 y 62 del legajo de pruebas].

¹⁸ Fojas 284 y 219 del legajo de pruebas.

¹⁹ Fojas 134 a 137 del legajo de pruebas.

contexto, la hematóloga *****, la trabajadora social del hospital y la Subprocuradora se reunieron con los padres de [Clara] para informarles que el tratamiento que requería la niña era quimioterapia, indicándoles que las consecuencias del tratamiento, entre otras, implicaba la posibilidad de continuar requiriendo transfusiones sanguíneas.

Ante esta situación, [Luisa] y [Manuel] indicaron que necesitaban una segunda opinión médica respecto del tratamiento idóneo para su hija. La doctora ***** replicó que era urgente iniciar con los ciclos de quimioterapia, pero que accedía a entrevistarse con otro médico con una especialidad igual a la de ella.

Con todo, ante la negativa de los padres de iniciar inmediatamente el tratamiento propuesto, la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos autorizó el inicio de quimioterapias debido a la premura de combatir la enfermedad cuanto antes.²⁰

Juicio de amparo indirecto

En este contexto, [Luisa] por su propio derecho y en representación de su menor hija [Clara], **promovió juicio de amparo indirecto** en contra de la determinación de la Subprocuraduría de iniciar el procedimiento administrativo y asumir la tutela sobre su menor hija, con el fin de autorizar los procedimientos que fueran necesarios en el curso del tratamiento médico para recuperar su salud.²¹

La quejosa argumentó que la Subprocuraduría desplazó injustificadamente su derecho a tomar decisiones sobre su hija, porque no existía indicio alguno de conductas negativas por parte de los padres hacia

²⁰ Nota de evolución del 3 de mayo de 2017 [Foja 272 del legajo de pruebas]; último párrafo del punto b) de la demanda de amparo [Foja 6 del juicio de amparo *****] y ficha informativa del 3 de mayo de 2017 dignada por la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos [Foja 74 del incidente de suspensión].

²¹ La quejosa señaló como autoridades responsables a la Procuraduría de Asistencia jurídica y Social del DIF estatal, la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del DIF estatal, el Hospital Infantil de Especialidad de Chihuahua, el Director del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua y la doctora *****.

la menor; por el contrario, señaló que ellos en todo momento actuaron con diligencia y cuidado en sus responsabilidades. De este modo, la quejosa indicó que la autoridad omitió indagar adecuadamente sobre la veracidad de los hechos denunciados; que no se acreditó ninguna situación de desamparo; y que no se protegió la decisión de los padres como parte de sus creencias religiosas, hasta en tanto se tuviera la certeza de la inexistencia de un tratamiento alternativo o bien una segunda opinión médica.

En segundo lugar, la quejosa adujo que recibió un trato inadecuado por parte de todas las autoridades: indicó que la Subprocuraduría actuó de forma negligente una vez que asumió la tutela ya que no dio seguimiento contante al caso médico de la menor, y destaca que la atención médica y hospitalaria recibida a partir de que la Subprocuraduría asumió la tutela fue inadecuada.

En tercer lugar, [Luisa] indicó que la responsable vulneró su derecho fundamental a la igualdad y no discriminación por ser originaria de la etnia rarámuri y profesar como religión la de Testigos de Jehová. Lo anterior, porque desde el día en que ingreso con su menor hija al hospital los médicos y la autoridad responsable la han hecho sentir que al ser indígena es ignorante y no puede tomar las decisiones adecuadas respecto a los tratamientos que debe recibir [Clara] .

Por lo demás, [Luisa] argumentó que se vulneró su derecho a recibir la información adecuada con la finalidad de tomar una decisión informada respecto de la salud de su menor hija, pues nunca se le brindo la orientación necesaria respecto al estado de salud, los riesgos y alternativas del diagnóstico terapéutico y quirúrgico para decidir libremente para otorgar o no el consentimiento y rechazar tratamientos médicos no idóneos ²² Finalmente, la quejosa solicitó la suspensión del acto reclamado.

²² En su escrito de demanda la quejosa agregó como material probatorio el acta de nacimiento de la menor y un escrito del 2 de mayo de 2017 en el cual solicita al Hospital Infantil de Especialidades de chihuahua, el expediente clínico de la menor. Quince días después el día 23 de mayo de 2017,

El 8 de mayo de 2017, el Juzgado Octavo de Distrito en el Estado de Chihuahua, admitió la demanda de amparo con el número de expediente 744/2017-V así como la suspensión del acto reclamado.²³

Durante el trámite del **incidente de suspensión**, la Subprocuradora de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes emitió informe previo en el que indicó que la situación sí ameritaba la apertura del procedimiento administrativo de protección de menores, en atención a la necesidad de salvaguardar la vida de la niña.²⁴

El 15 de mayo de 2017, el Juez de conocimiento determinó **conceder la suspensión definitiva**, para el efecto que la Subprocuraduría no tomara alguna decisión relacionada con el tratamiento de la niña y para que las autoridades del Hospital Infantil le brindaran a la madre de forma detallada los beneficios y complicaciones de los tratamientos alternativos.²⁵

En cumplimiento a la decisión de suspensión, la Subprocuradora de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua informó a los padres que se abstendría de tomar cualquier decisión relacionada con la salud de [Clara]; notificó al doctor ***** que se abstuviera de tomar decisiones con respecto al tratamiento de [Clara], y precisó que el procedimiento administrativo de protección seguirá su curso pero que no se resolvería hasta en tanto concluya el juicio de amparo.²⁶

presentó un escrito para ofrecer el siguiente material probatorio: (i) certificación médica expedida por el doctor ***** en la cual establece que el tratamiento de quimioterapia es adecuado pero recomienda que en lugar de transfusión sanguínea se usen tratamientos alternativos estimulantes de la hematopoyesis, derivado de los riesgos a largo plazo de las transfusiones sanguíneas; (ii) artículo médico editado por servicios de hematología, centro nacional 20 de noviembre, ISSSTE, México, titulado: "Dosis altas de eritropoyetina semanal en pacientes con leucemia aguda linfoblástica en remisión, que reciben quimioterapia, efecto en sus requerimientos transfusionales", el cual orienta adecuadamente a los médicos para el uso de eritropoyetina para evitar transfusiones sanguíneas; (iii) artículo titulado "Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica con poliquimioterapia sin hemoderivados en niños Testigos de Jehová, de la Revista Médica Hospital General; (iv) copia de la resolución dictada en un diverso juicio de amparo —16/2016 del índice del Juzgado Primero en Materia Administrativa del Cuarto Circuito—; y (vi) artículo titulado "Efectos adversos de la transfusión de componentes sanguíneos. Generalidades: reacciones agudas, inmediatas y retardadas". [Fojas 64 a 132 del juicio de amparo *****].

²³ Fojas 31 a 41 del juicio de amparo *****.

²⁴ Mediante oficio de ***** de 10 de mayo de 2017, la Subprocuradora emitió informe previo. [Fojas 74 a 79 del del cuaderno del incidente de suspensión].

²⁵ Fojas 120 a 154 del cuaderno del incidente de suspensión.

²⁶ Mediante oficio ***** de 19 de mayo de 2017. [Fojas 178 a 183 del cuaderno del incidente de suspensión].

Asimismo, el jefe de departamento de responsabilidades de servicios de Salud del Estado informó al Juzgado de la atención y asesoría que sería brindada a la quejosa a fin de que tuviera conocimiento de los métodos de medicina alterna en el padecimiento de [Clara].²⁷ Consecuentemente, el 30 de mayo de 2017 la hematóloga ***** y la oncóloga pediatra *****, ambas adscritas al Centro Estatal de Cancerología se reunieron con [Luisa] para brindarle asesoría respecto a la enfermedad que padece la menor.

La doctora ***** indicó que de acuerdo con la enfermedad que padece [Clara], sus probabilidades de vida son cercanas al 90%, siempre y cuando se siga el esquema de quimioterapia, más el tratamiento sostén: transfusiones de componentes sanguíneos, antibióticos y medidas higiene-dietéticas.

La doctora enfatizó que en este caso el uso de componentes sanguíneos es fundamental, imprescindible y superior al uso de algunos factores estimulantes como la eritropoyetina y agentes trombopoyéticos, ya que debido al mecanismo de acción de estos fármacos —aproximadamente 7.5 días— para hacer efecto en la producción de eritrocitos y plaquetas el efecto sería demasiado retardado para alcanzar las condiciones necesarias para iniciar el tratamiento de quimioterapia además que en las etapas iniciales de la enfermedad en la medula ósea no hay precursores suficientes para que estos medicamentos tengan efecto, ya que la medula ósea está prácticamente invadida por células malignas.²⁸

El 19 de mayo se realizó la evaluación psicológica a los padres de [Clara] en el contexto del juicio de amparo. La especialista afirmó que no existen indicadores que impidan que los progenitores se responsabilicen de su menor hija.²⁹

²⁷ Mediante oficio *****, de 19 de mayo de 2017. Foja 184 del cuaderno del incidente de suspensión.

²⁸ Fojas 198 a 203 del cuaderno del incidente de suspensión.

²⁹ Fojas 140 a 145 del juicio de amparo *****.

Asimismo, las autoridades responsables rindieron **su informe justificado**, en los términos siguientes:

El *Procurador de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado* sostuvo que no era cierto el acto reclamado —esto es que no ha emitido ninguna determinación para tomar la tutela de la menor [Clara] —, por lo que solicitó el sobreseimiento del asunto.³⁰

Por su parte, la *Subprocuradora de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado* negó el acto reclamado, ya que adujo haber dado cumplimiento a la suspensión definitiva.³¹

Finalmente, el *Jefe de Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud*, en representación del Hospital infantil, el director del hospital y la doctora *****, negó que el hospital infantil no le hubiera brindado de manera oportuna la atención médica que requería la niña; negó la omisión en proporcionarle a la madre la información relacionada con la atención médica y hospitalaria de la niña; y negó que la doctora ***** en algún momento hubiese descuidado la atención médica, ya que esta actuó con apego a los procedimientos médicos requeridos, aplicando el tratamiento correspondiente y monitoreando la evolución en el estado de salud de la niña.³²

Asimismo, el *Instituto Chihuahuense de Salud* recordó que la actuación del personal médico para la atención de la niña se había desarrollado bajo la autorización de quien desempeñaba provisionalmente la tutela de la menor.

Por otra parte, el *representante especial del menor*³³ argumentó en vía de alegatos que la Subprocuraduría sí había excedido sus facultades, vulnerando los derechos fundamentales de la quejosa relacionados con su dignidad, cultura y creencia religiosa. Lo anterior, indicó el representante

³⁰ Mediante escrito presentado el 23 de mayo de 2017. [Foja 137 del juicio de amparo *****].

³¹ Mediante escrito presentado el 24 de mayo de 2017. [Foja 138 del juicio de amparo *****].

³² Mediante escrito presentado el 5 de junio de 2017. [Fojas 202 a 207 del juicio de amparo *****].

³³ Mediante acuerdo de 8 de mayo de 2017, el Juez de Distrito determinó que debía designarse un asesor jurídico que fungiera como representante legal de la menor. [Foja 34, vuelta del incidente de suspensión]

especial, porque en caso de urgencia médica no es necesaria la sustitución del consentimiento ya que los médicos pueden prescindir de este requisito ante los casos urgentes, así al intervenir en la sustitución del consentimiento se provocó que los padres se sintieran discriminados por su cultura y religión.

[Luisa] presentó su escrito de alegatos y diversas ampliaciones, en las cuales reiteró la violación de sus derechos humanos al imponerle que su hija fuera sometida a transfusiones sanguíneas. [Luisa] precisó que las transfusiones son riesgosas y recalcó que existen tratamientos alternativos disponibles, como suministrarle a la niña estimulantes para que ella misma produzca sus propias células saludables.³⁴

Sentencia de amparo

El Juez Octavo de Distrito en el Estado de Chihuahua dictó sentencia el 30 de junio de 2017³⁵ en la cual **sobreseyó** el juicio respecto de los actos reclamados del Procurador de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado y **concedió el amparo** respecto de los actos reclamados del Hospital y de la Subprocuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

El Juez argumentó que las circunstancias fueron insuficientes para considerar que los padres de hubieran sido negligentes en el cuidado de la menor, además de que nunca se les presentó algún tratamiento alternativo al propuesto por la doctora de la niña. Desde esta perspectiva, el Juez

³⁴Mediante escrito presentado el 31 de mayo de 2017. [Fojas 167 a 178 del juicio de amparo *****]. Asimismo, el 5 de junio de 2017, la quejosa presentó una primera ampliación de alegatos, en el que indicó que de acuerdo a la opinión de la doctora ***** , no sólo la terapia transfusional es la que se puede usar en este tipo de patologías, sino que se pueden utilizar fármacos estimulantes en la producción de eritrocitos y plaquetas. [Fojas 199 a 201 del juicio de amparo *****]. Mediante escrito de 15 de junio de 2017, la quejosa presentó una segunda ampliación de alegatos en la que señaló que las personal hospitalario no están dispuestas a buscar tratamientos alternativos a la transfusión sanguínea. [Fojas 236 a 242 del juicio de amparo *****]. Mediante escrito de 20 de junio de 2017, la quejosa presenta una tercera aplicación de alegatos. [Fojas 247 a 252 del juicio de amparo *****]. Finalmente, el 28 de junio de 2017, la quejosa presenta un escrito especial de alegatos en el que esencialmente manifiesta la violación directa a diversos derechos fundamentales de su menor hija [Clara]. [Fojas 289 a 304 del juicio de amparo *****].

³⁵ Fojas 338 a 401 del Juicio de amparo *****.

entendió que la Subprocuraduría había iniciado el procedimiento administrativo de protección de manera ilegal, sin una investigación previa que acreditara que la menor estuviera en una situación de desamparo, de tal suerte que su decisión en realidad se basó en prácticas discriminatorias hacia la quejosa debido a sus creencias religiosas.

Por lo tanto, el Juez ordenó que cuando la Subprocuraduría resolviera el procedimiento de protección, concluyera que no existían indicadores que justificaran que los padres no son aptos para responsabilizarse de la menor con base en las evaluaciones psicológicas practicadas a los padres.

En esta línea, el Juez concluyó que los médicos y las autoridades hospitalarias también actuaron de forma discriminatoria, motivada principalmente por las creencias religiosas de la quejosa, y que su actuación vulneró diversas prerrogativas derivadas del derecho a la salud.

En este contexto, el Juez puntualizó que el personal del hospital decidió comunicar el caso a la Subprocuraduría de manera unilateral y sin acreditar que los padres fueran omisos en el cuidado de la menor. Así, el Juez explicó que el personal hospitalario no fueron sensibles a entender que en el momento era lógico que los padres se negaran a autorizar la transfusión sanguínea, pues se encontraban en un estado psicológico de vulnerabilidad, al no poder comprender el hecho de la gravedad en el estado de salud de , aunado a que los padres no contaban con la información detalla en el estado de salud de su menor hija.

De esta forma, el Juez de Distrito concluyó que el personal del hospital había vulnerado el derecho de la madre a conocer de manera detallada los beneficios o complicaciones el tratamiento que se le aplicaría a la menor, y por tanto, a recabar adecuadamente su consentimiento en la aplicación de tratamientos e intervenciones. Asimismo, el Juez señaló que los médicos impidieron que la madre tuviera acceso a una segunda opinión con relación al tratamiento propuesto originalmente.

De acuerdo con todo lo anterior, el Juez concluyó que en el tratamiento subsecuente debería respetarse la voluntad de los padres de

implementar tratamientos alternativos —como estimulantes de las células sanguíneas—, y únicamente en caso de ser “urgente o necesario”, esto es, si los tratamientos alternativos fallaran y como último recurso, podrían implementarse transfusiones sanguíneas.

Recurso de revisión

En desacuerdo con la sentencia, la quejosa, la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos, el representante especial de los menores y el Ministerio Público adscrito al Juzgado Octavo de Distrito interpusieron **recursos de revisión**. El Instituto Chihuahuense de Salud, interpuso revisión adhesiva.

*La quejosa*³⁶ manifestó esencialmente estar en desacuerdo con que el Juez hubiera autorizado a los médicos —aunque fuera como último recurso—, realizar transfusiones sanguíneas a su hija, pues dicha determinación implicaba de cualquier modo que no pudiera elegir libremente el tratamiento que fuera mejor conforme a su juicio.

[Luisa] señaló que su interés por que se aplique un tratamiento alternativo frente a la transfusión de sangre radica, primero, en los riesgos que conllevan las transfusiones sanguíneas debido a que la sangre puede estar contaminada y contagiar a la niña de una patología más grave;³⁷ segundo, en que existen tratamientos alternativos, tales como la eritropoyetina, que forman parte del cuadro básico y del catálogo de medicamentos con las que cuenta el sector salud; y tercero, porque dicha oposición se sustenta en su ideología religiosa.

En esa línea, la quejosa señaló que la vida no es el bien supremo y que por encima de ésta se encuentra el derecho a la dignidad, el cual tiene un primer rango en el ejercicio de la libertad religiosa, en su fase interna, por

³⁶ Mediante escrito presentado el 27 de julio de 2017 [Fojas 14 a 50 del amparo en revisión 108/2017]

³⁷ Para sustentar este dicho cita Recomendación de la CNDH, nota informativa 279 de la OMS; NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; resolución de la Segunda Sala de la SCJN en donde se condenó al IMSS por su deficiente actuación médica al trasfudir a un menor de 12 años con sangre contaminada con VIH.

ser una cuestión íntima y personalísima, en la que el Estado no puede intervenir.

En otro aspecto, [Luisa] señaló que al dejar al criterio de los médicos la posibilidad de transfundir sangre se vulneró su derecho a otorgar su consentimiento informado y se limitó su ejercicio de la patria potestad en la toma de decisiones en la salud de su menor hija.

Adicionalmente, la quejosa indicó que al determinar que únicamente existe una opción para preservar la vida del paciente Testigo de Jehová se genera una imposición de la opinión social mayoritaria y de los profesionales en la salud frente a una comunidad minoritaria, que no desea morir, pero que tampoco quiere transgredir su pensamiento religioso. Así, la quejosa puntualizó que la pretensión del Testigo de Jehová es lograr un equilibrio entre el ejercicio de su libertad religiosa y su derecho a la salud, por lo cual como comunidad religiosa pretenden que el personal médico les otorgue un trato con respeto y tolerancia.

Finalmente, la madre señaló que el Juez omitió pronunciarse respecto a la reparación integral del daño o justa indemnización.

Por su parte, en su recurso de revisión la *Subprocuradora de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua*³⁸ señaló que su actuación no había sido unilateral, arbitraria o sin fundamento, sino basada en la solicitud del hospital y derivada de la atención médica urgente que necesitaba la menor. La Subprocuradora manifestó que aplicó medidas provisionales al enfrentarse ante un caso de extrema urgencia, que la limitaba a realizar un procedimiento de investigación, pues de acuerdo con las opiniones médicas estaba comprometida la vida de la niña.

En este sentido, la Subprocuradora afirmó que investigó adecuadamente los hechos del caso, y destacó que actuó precisamente debido al riesgo de que la niña perdiera la vida, la urgente necesidad de aplicarle el tratamiento y la oposición de los padres a dicha medida. Así, la Subprocuradora indicó

³⁸ Fojas 51 a 60 del amparo en revisión 108/2017.

que si bien atendió la sugerencia de los padres sobre emplear tratamientos alternativos, no era posible aplicarlos en ese preciso momento, debido a que la condición de salud de la menor era de tal gravedad que los tratamientos alternativos en esa instancia concreta no serían efectivos para recuperar la salud de la menor.

Por lo demás, la Subprocuradora señaló que no existieron prácticas discriminatorias porque no existe indicio alguno de que el tratamiento de transfusiones o la aplicación de las medidas de protección de la niña se basaran en que la madre profesara como religión la de Testigos de Jehová. Por lo demás, indicó que era indebido ordenar el archivo del asunto.

El *representante especial del menor*³⁹ puntualizó que, por un lado, las hipótesis planteadas por el Juez de Distrito no fueron precisas y, por otro, no atendieron a los derechos a la salud y vida de la niña, ya que el Juez nunca aclaró de qué manera debían actuar las autoridades encargadas de la atención médica en caso de que la menor necesitara transfusiones sanguíneas ante una emergencia médica.

El *Instituto Chihuahuense de Salud*⁴⁰ se adhirió al recurso de revisión presentado por el representante especial del menor, puntualizando que ante una situación de emergencia médica resultan excesivamente burocráticos los requisitos señalados en los efectos de la sentencia.

En este sentido, el representante del hospital y del personal médico solicitó que la toma de decisiones que justifique el caso de urgencia para emplear transfusiones médicas se articule de un modo que permita mayor agilidad, pues como explicaron la hematóloga ***** y las doctoras adscritas al Centro Estatal de Cancerología, las transfusiones sanguíneas son superiores en términos de eficacia a los tratamientos alternativos. En todo caso, el Instituto solicitó que se deslinde de toda responsabilidad al personal médico si, debido al cumplimiento de los efectos de la sentencia, ocurriera

³⁹ Fojas 7 a 13 del amparo en revisión 108/2017.

⁴⁰ Fojas 5 y 6 del amparo en revisión 108/2017.

un retraso en la atención médica tal que coloque a la menor en riesgo de muerte.

Finalmente, *el Ministerio público*⁴¹ también se pronunció en contra de los efectos establecidos por el Juez; esencialmente, manifestó que ante una urgencia médica no se puede limitar la posibilidad de que se aplique el tratamiento médico oportuno y eficaz, que en el caso, es precisamente la transfusión sanguínea, y que lo contrario resultaba insuficiente para garantizar el derecho fundamental a la vida y salud de la niña.

Este recurso fue turnado al Segundo Tribunal Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Decimoséptimo Circuito,⁴² el cual determinó que carecía de competencia para conocer del amparo en revisión. El tribunal colegiado explicó que el asunto involucraba un problema de carácter excepcional, centrado en torno a la libertad religiosa y el derecho de los padres a tomar decisiones médicas respecto de sus hijos en aquellos asuntos en los que se requieran transfusiones sanguíneas de manera urgente.

El Tribunal Colegiado precisó que el asunto implicaba definir cómo deben actuar las instituciones públicas hospitalarias y las procuradurías de protección del menores en estos casos; aspectos respecto de los cuales no existe jurisprudencia, por lo que se actualizaba la competencia originaria de este Alto Tribunal para conocer del presente asunto. En consecuencia, el Tribunal Colegiado remitió el asunto a esta Suprema Corte de Justicia de la Nación.

El Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación asumió la competencia para conocer del recurso de revisión.⁴³

2. Decisión

⁴¹ Fojas 61 a 77 del amparo en revisión 108/2017.

⁴² Mediante acuerdo plenario de 22 de septiembre de 2017.

⁴³ Mediante acuerdo de 3 de octubre de 2017, el Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación asumió la competencia para conocer del recurso de revisión y lo admitió a trámite; asimismo, lo turnó al Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea para su resolución y ordenó su envío a esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación para la radicación y continuación del trámite. Así la Primera Sala se avocó al conocimiento del asunto, mediante acuerdo de 1 de diciembre de 2017.

Como se aprecia de los antecedentes de este asunto, los recursos de revisión de la quejosa [Luisa], por su propio derecho y en representación de su menor hija [Clara]; de la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos; del representante especial de los menores y del Ministerio Público adscrito al Juzgado Octavo de Distrito fueron interpuestos **oportunamente**.⁴⁴ Sin embargo, la revisión adhesiva interpuesta por el Instituto Chihuahuense de Salud es **extemporánea**.

⁴⁴ *Quejosa*: de las constancias de autos se advierte que la sentencia recurrida se notificó a la parte quejosa el jueves 13 de julio de 2017 [Foja 404 del juicio de amparo ****] y surtió efectos al día hábil siguiente, esto es, el viernes 14 de julio de 2017. En ese sentido, el término de diez días que establece el artículo 86 de la Ley de Amparo vigente para interponer el recurso de revisión, transcurrió del lunes 17 de julio y concluyó el viernes 28 de julio del mismo año, debiéndose descontar los días 15, 16, 22 y 23 del mismo mes y año, de conformidad con los artículos 19 de la Ley de Amparo, 163 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y 74, fracción III de la Ley Federal del Trabajo. Consecuentemente, si de autos se advierte que el recurso se presentó el 27 de julio de 2017, es evidente que el mismo se presentó en tiempo.

Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos: De las constancias de autos se advierte que se les notificó el 13 de julio de 2017 [Fojas 420 a 423 del juicio de amparo ****] notificación que surtió efectos el mismo día, por lo que el plazo de diez días que prevé el artículo 86 de la Ley de Amparo transcurrió del viernes 14 al jueves 27 de julio de 2017, debiéndose descontar los días 15, 16, 22 y 23 del mismo mes y año, de conformidad con los artículos 19 de la Ley de Amparo, 163 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y 74, fracción III de la Ley Federal del Trabajo. Consecuentemente, si de autos se advierte que el recurso se presentó el 27 de julio de ese mismo mes y año es evidente que el mismo se presentó en tiempo.

Representante especial de los menores y Ministerio Público. A ambos se les notificó el 14 de julio de 2017 [Foja 401, vuelta y 403 del Juicio de amparo ****] notificación que surtió efectos el mismo día, por lo que el plazo de diez días que prevé el artículo 86 de la Ley de Amparo transcurrió del lunes 17 de julio y concluyó el viernes 28 de julio del mismo año, debiéndose descontar los días 15, 16, 22 y 23 del mismo mes y año, de conformidad con los artículos 19 de la Ley de Amparo, 163 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y 74, fracción III de la Ley Federal del Trabajo. Consecuentemente, si de autos se advierte, por una parte, que el representante especial de la menor presentó su recurso el 14 de julio de 2017, y el Ministerio Público lo presentó el 28 de julio de 2017, debe concluirse que ambos son oportunos.

Finalmente, el *hospital, el director del hospital y la doctora *****, por conducto del Instituto Chihuahuense de Salud presentaron un escrito en el que manifestaban que se adherían al recurso de revisión presentado por el representante especial del menor. Para efectos de la oportunidad, la admisión del recurso de revisión interpuesto por el representante especial del menor, le fue notificada al hospital, el director del hospital y la doctora el día 19 de julio de 2017 [Foja 429, 430 y 431 del Juicio de amparo ****], por lo que el plazo de cinco días al que alude el artículo 82 de la Ley de Amparo vigente para interponer el recurso de revisión adhesiva, transcurrió del viernes 21 al jueves 27 de julio de 2017, debiéndose descontar los días 22 y 23 del mismo mes y año, de conformidad con los artículos 19 de la Ley de Amparo, 163 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y 74, fracción III de la Ley Federal del Trabajo. Consecuentemente, si de autos se advierte que el recurso se presentó el 4 de agosto de 2017, es evidente que el mismo se presentó fuera de tiempo.

Asimismo, esta Suprema Corte es **competente** para resolver los recursos,⁴⁵ que a la luz de los conceptos de violación, consideraciones del Juez de Distrito y agravios, resultan **procedentes**.

En efecto, en el presente asunto se recurre la interpretación realizada por un Juez de Distrito en amparo indirecto, en relación con el alcance del derecho de los padres a tomar decisiones medicas por sus hijos menores de edad con base en sus creencias religiosas, en casos de urgencia médica en los cuales se encuentra en riesgo la salud e incluso la vida de un menor de edad.

Consideraciones y fundamentos

El caso de los Testigos de Jehová que requieren atención médica supone un desafío notable para el servicio clínico y para las autoridades. Acostumbrados a la disponibilidad de transfusiones de sangre para estabilizar de inmediato la pérdida de componentes vitales, los servicios públicos se enfrentan en estos casos a una negativa rotunda que está fundada en la fe y amparada por la autonomía de las personas. El reto cobra una complejidad especial cuando lo que está en juego es el futuro de un menor de edad, pues sus padres están llamados a ponderar y decidir por él, no obstante el Estado debe velar porque no se lesionen sus derechos.

En el presente caso, el Estado inició un procedimiento para tutelar a una niña con leucemia aguda a través de la Subprocuraduría de menores, con el fin de sustituir a sus padres en la toma de decisiones respecto del tratamiento médico necesario proteger su salud y su vida. Con base en la tutela provisional, la Subprocuraduría ha autorizado en varias ocasiones la implementación de transfusiones sanguíneas cuando los médicos tratantes

⁴⁵ Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación es competente para conocer del presente recurso de revisión, en términos de lo dispuesto en los artículos 107, fracción VIII, inciso a), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 83 de la Ley de Amparo vigente a partir del 2 de abril de 2013; 21, fracción II, inciso a), de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; y 86 del Reglamento Interior de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, en relación con lo establecido en los Puntos Primero y Tercero del Acuerdo General 5/2013, emitido por el Pleno de este Alto Tribunal el 13 de mayo de 2013.

lo encontraron indispensable y en contra de la voluntad de los padres, quienes son Testigos de Jehová.

La madre reclama en amparo que la Subprocuraduría desplazó de forma injustificada su derecho a decidir libremente sobre la salud de su hija menor de edad, con base en sus creencias religiosas. Como consecuencia, cuestiona las decisiones médicas que se han tomado y señala que es inconstitucional que la Subprocuraduría mantenga la facultad de tomar dichas decisiones en el tratamiento. Por lo demás, la madre destaca que el trato que han recibido tanto los padres como la menor por parte de las autoridades y personal médico ha sido indebido, negligente y discriminatorio.

Al resolver el caso, el Juez de amparo consideró que las circunstancias concretas no ameritaban que el Estado interviniera entre la voluntad de los padres y las decisiones médicas de . Así, el Juez estimó que en el tratamiento subsecuente debía respetarse plenamente la voluntad de los padres de implementar tratamientos alternativos a las transfusiones — como estimulantes de la producción sanguínea—. A juicio del Juez, únicamente podrían implementarse transfusiones en caso de ser “urgente o necesario”, esto es, si los tratamientos alternativos fallaran y como último recurso.

La Subprocuraduría recurre esta decisión por ser contraria a los derechos de la menor y defiende que su intervención se encuentra plenamente justificada ante el estado crítico de salud de y la negativa constante de sus padres. La madre, por su parte, defiende la autonomía de las decisiones parentales, cuestiona las decisiones que se han tomado y exige que las transfusiones se excluyan del todo en lo que resta del tratamiento médico.

En esa línea, la pregunta efectivamente planteada es si resulta constitucional esta intervención del Estado en la autonomía familiar. Para poder dar respuesta a esta cuestión, es necesario determinar en qué

condiciones es constitucional que el Estado *asuma* la facultad de decidir sobre la salud de un menor en sustitución de sus padres.

En principio, la Constitución reconoce que los padres tienen el derecho de tomar decisiones libres sobre sus hijos, tanto en el campo de la salud como en el ámbito de la educación religiosa. En esta resolución se explicará en **primer lugar** que los padres son quienes están legitimados para autorizar cualquier procedimiento médico sobre sus hijos menores de edad, y también son libres de instruirles las prácticas que decidan conforme a sus convicciones religiosas. Consecuentemente, el Estado está obligado a respetar el libre ejercicio de estos derechos sin interferir con ellos.

Con todo, como se expondrá en **segundo lugar**, del otro lado la Constitución también protege los derechos a la vida y salud de los menores como un *interés constitucional preponderante*. De este modo, si bien el Estado debe respetar libremente el ejercicio de los derechos parentales, el límite de estas prerrogativas es que no se pongan en riesgo los derechos de los niños, pues el Estado podría interferir legítimamente cuando ello ocurra.

De acuerdo con lo anterior, en **tercer lugar** esta Sala establecerá que se pone en riesgo el derecho a la vida de un menor si los padres, privilegiando sus creencias religiosas, se rehúsan al tratamiento médico idóneo conforme la *lex artis ad hoc* para salvar la vida del niño.

Al respecto, se explicará que si las condiciones médicas del menor lo permiten, los padres pueden negarse al tratamiento indicado y explorar alternativas médicas en aras de salvaguardar sus creencias religiosas. No obstante, aunque los padres tienen derecho ponderar los tratamientos alternativos con acompañamiento del personal hospitalario, si toman una decisión que coloca en riesgo la vida del menor las entidades de protección de menores deben intervenir con el objetivo de implementar el tratamiento idóneo para salvar la vida del niño.

Con todo, lo anterior no autoriza un desplazamiento total de la relación parental, y los derechos a la vida privada familiar exigen que esta intervención se haga con cuidado. En otras palabras, esta intervención está

gobernada por condiciones que derivan de los derechos de la vida privada familiar y del interés superior del menor. En este sentido se precisará que el Estado debe cumplir con ciertos deberes concretos al realizar esta función.

Luego, esta Primera Sala aplicará el estándar constitucional al caso concreto y, finalmente, precisará las conclusiones del examen.

I

Contenido de los derechos e intereses involucrados

Como se expuso, [Clara] está enferma de leucemia y, mientras los médicos recomiendan la aplicación de quimioterapias acompañadas de transfusiones sanguíneas, los padres solicitan un tratamiento alternativo ya que las transfusiones transgreden sus creencias religiosas. Ante tal panorama, la Subprocuraduría del Estado de Chihuahua inició un procedimiento para tutelar a [Clara] con el fin de autorizar la realización de transfusiones sanguíneas.

En este contexto, esta Sala debe examinar las siguientes decisiones que tomó el Juez de Distrito y que aquí se recurren: **1.** Que la Subprocuraduría de Chihuahua no debió asumir la tutela de la menor, no obstante que requería de las transfusiones sanguíneas, y **2.** Que en el tratamiento subsecuente que debe seguir la menor debe optarse por tratamientos alternativos (estimulantes de la producción de células sanguíneas), y únicamente en caso de urgencia y como último recurso podrán aplicarse transfusiones.

De acuerdo con lo anterior, esta Primera Sala debe determinar si el Estado puede intervenir una relación familiar con el fin de que se aplique a un menor de edad un tratamiento médico que sus padres *objetan* por motivos religiosos y pretenden *sustituir* por un tratamiento alternativo. En este escenario cobra relevancia la privacidad de las relaciones familiares, un área de protección constitucional en la cual los padres pueden decidir

libremente la educación religiosa que impartirán a sus hijos y tomar decisiones médicas por ellos.

1. El derecho a la vida privada familiar

La familia es un núcleo social de enorme importancia en una comunidad. Los lazos familiares son fundamentales para que los individuos se desarrollen; en ellos encuentren apoyo, afecto y soporte. La familia brinda identidad a la persona, facilita su integración social y le confiere continuidad histórica.

En esa línea, la **protección a la familia** está reconocida en el artículo 4 de la Constitución General, así como en el artículo 17 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Asimismo, en el ámbito universal de derechos humanos, se ha establecido que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y que merece la más amplia protección, tal y como se desprende de los artículos 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

De manera destacada, el artículo 8 de la Convención de los Derechos del Niño, establece que los Estados parte se comprometieron a respetar y preservar las relaciones familiares del niño.

De esta protección se desprenden una serie de garantías, entre ellas, el **respeto a la vida privada y familiar**, la cual está expresamente entendida como derecho humano en el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En esa línea, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha advertido que el artículo 11.2 de la Convención Americana reconoce el derecho de toda persona a recibir protección contra injerencias arbitrarias o abusivas en la vida de la familia.⁴⁶

⁴⁶ COIDH. *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 170; COIDH. *Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*. Opinión Consultiva OC-21/14, párr. 265; COIDH. *Caso de la Masacre de las Dos Erres v. Guatemala*. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009 párrs. 188-189.

Este derecho se encuentra también en el artículo 16 de la Constitución General, en tanto prohíbe las injerencias arbitrarias en la familia y fue reconocido recientemente por esta Primera Sala en el **amparo directo en revisión 3859/2014**.⁴⁷ En dicho asunto esta Sala examinó si un padre que no había perdido la patria potestad sobre su hijo tenía el derecho a participar en el proceso de adopción del menor. Esta Primera Sala determinó que el progenitor estaba protegido por el derecho a la protección de la vida privada y familiar, y se hizo notar su naturaleza de derecho humano.⁴⁸ Asimismo, en el **amparo en revisión 208/2016** se reiteró la protección constitucional con la que cuenta la familia, entendida como un concepto sociológico que nace o se origina con las relaciones humanas; así, se precisó que la protección de la familia encuentra sus bases en la procuración de cariño, ayuda, lealtad y solidaridad.

En el derecho comparado también se ha entendido a la privacidad familiar como un derecho primordial de la familia, que comprende *inter alia* una protección a la autonomía de los padres para tomar todas las decisiones que conciernen al cuidado, la custodia y el control sobre sus hijos.⁴⁹

Por tanto, es una cuestión pacífica en el derecho internacional y comparado el que para las relaciones intrafamiliares pueden florecer, la familia debe tener espacio suficiente y estar libre de otras intrusiones. Es por ello fundamental el que los padres puedan ver crecer a sus hijos de acuerdo con sus propias normas y valores.⁵⁰ Además, la toma de decisiones en la familia la fortalece y permite su crecimiento; asimismo evita conflictos de interés entre sus miembros, motivos por los cuales es claro que se favorece el desarrollo de la familia de forma integral.⁵¹

⁴⁷ Resuelto por mayoría de votos de los ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena y Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas en sesión de 23 de septiembre de 2015.

⁴⁸ *Ibíd.* pág. 28.

⁴⁹ *M.A.K. and R.K. v. the United Kingdom*, nos. 45901/05 and 40146/06, § 75, 23 March 2010; and *Glass*, cited above, §§ 70-72. *Troxel v. Granville*, 530 U.S. 57, (2000) at 233-234

⁵⁰ Límites del poder familiar en las decisiones acerca de la salud de sus hijos – directrices

⁵¹ Consentimiento informado. El umbral de la tolerancia médica y social. Parte I. Página 209.

Así, el derecho a la vida privada y familiar se configura como una garantía frente al Estado y frente a terceros para que no puedan intervenir injustificadamente en decisiones que sólo corresponden al núcleo familiar. Entre estas facultades se encuentra el derecho de los padres a tomar todas las decisiones concernientes sobre sus hijos. Así, a los miembros de ésta les corresponde decidir por ejemplo, qué hacer con su tiempo libre, a qué escuela llevar a los hijos, qué nombre poner a sus hijos, entre muchas otras actividades que se manifiestan en la cotidianidad de la vida familiar.⁵²

En esta línea, la protección que merece la familia frente a intrusiones del Estado, descansa sobre la premisa de que son **los padres los más aptos para tomar decisiones sobre sus hijos.**

En efecto, se ha reconocido que los padres están en la mejor posición para tomar las decisiones necesarias para el bienestar del niño o la niña. Este reconocimiento está basado en la presunción de que los padres actúan siempre buscando el mejor interés de sus hijos.⁵³ Los padres son quienes tienen un mayor afecto por ellos; conocen de mejor manera sus intereses y deseos, debido a la proximidad con los mismos; y por tanto, los padres generalmente pueden sopesar de mejor manera los intereses en conflicto y tomar la mejor decisión sobre sus hijos.⁵⁴

En ese sentido, existe un amplio espectro de decisiones que los padres toman autónomamente respecto a sus hijos, y que se encuentra protegido por el derecho a la privacidad familiar. En este caso, la decisión de los padres de oponerse a las transfusiones sanguíneas comprende un ejercicio de autonomía en su carácter de representantes de la niña en el contexto médico, que además descansa en una justificación especial: la libertad religiosa. Por lo tanto, es importante examinar la protección con la que cuentan ambas prerrogativas a detalle.

⁵² Sentencia recaída al amparo en revisión 208/2016, resuelta por la Primera Sala el 19 de octubre de 2016 por mayoría de tres votos.

⁵³ B. (R.) v. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, [1995] 1 S.C.R. 315.

⁵⁴ Límites del poder familiar en las decisiones acerca de la salud de sus hijos – directrices.

a. *Derecho de los padres a formar a sus hijos de acuerdo con sus creencias religiosas*

Una decisión importante para el núcleo familiar, en particular, para los progenitores, consiste en determinar qué educación religiosa deben tener los hijos. En los valores o creencias que los padres transmiten a sus hijos se manifiesta por un lado, su derecho a la libertad religiosa y, por otro, su derecho a educar a sus hijos de la forma que prefieran.

La libertad religiosa es un derecho fundamental que garantiza la posibilidad real de que cualquier persona pueda practicar libremente su religión, tanto individualmente como asociado con otras personas,⁵⁵ sin que pueda establecerse discriminación o trato jurídico diverso a los y las ciudadanas en razón de sus creencias; así como la igualdad del disfrute de la libertad de religión por todos los ciudadanos.⁵⁶ La libertad religiosa está protegida por los artículos 4 de la Constitución General, 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y 12 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

Este derecho ha sido concebido jurisprudencial y doctrinalmente, como aquel que le permite a cada persona de forma independiente y autónoma creer, dejar de creer o no creer en una determinada religión, reconociendo a cada hombre su derecho a mantener la integridad de sus creencias, de alterar sus convicciones religiosas o de asumir posturas ateas o agnósticas. Así, se ha indicado que esta libertad constituye uno de los pilares fundamentales de la sociedad democrática pues descansa en la idea básica del pluralismo.⁵⁷

⁵⁵ ECHR. Case of *Begheluri and others v. Georgia* (Judgement), 7th January 2015, parr. 157; Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-476-16, 1 de septiembre de 2016, págs. 18-19.

⁵⁶ ECHR. Case of *Begheluri and others v. Georgia* (Judgement), 7th January 2015, parr. 171; Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-476-16, 1 de septiembre de 2016, págs. 18; SCOTUS, *Sherbert v. Verner*, Page 374 U. S. 402 (1968).

⁵⁷ *Begheluri y otros v. Georgia*, CEDH, párr. 156; *Kokkinakis v. Greece*, 25 May 1993, § 31, Series A no. 260-A, and *S.A.S. v. France* [GC], no. 43835/11, § 124, 1 July 2014, with further references therein.

En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó en el caso *Olmedo Bustos*, que la libertad de conciencia y de religión permite que las personas conserven, cambien, profesen y divulguen su religión o sus creencias, y que estas posibilidades juntas conforman uno de los cimientos de la sociedad democrática.⁵⁸

En cuanto a su contenido, esta Suprema Corte en ***el amparo en revisión 1595/2006***, señaló que el derecho a la libertad religiosa involucra dos facetas: tanto una referencia a la dimensión interna de la libertad religiosa (“todo hombre es libre de profesar la creencia religiosa que más le agrade”) como la dimensión externa de la misma (“y para practicar las ceremonias, devociones o actos de culto respectivo, siempre que no constituyen un delito o falta penados por la ley”).⁵⁹ Sin duda, la libertad religiosa se trata de una garantía superior vinculada con la autonomía, la dignidad, la identidad y el libre desarrollo de la personalidad, pues permite que las personas se desarrollen espiritualmente cómo ellas prefieran, y el ejercicio de un culto público constituye su expresión.⁶⁰

A su vez, este derecho impone ciertos deberes a cargo del Estado para que se pueda materializar. En ese sentido se ha enfatizado en la necesidad de que el Estado asuma un rol neutral e imparcial frente a las diversas religiones que se profesen en su territorio y se ha indicado su deber de promover la tolerancia entre los diversos grupos religiosos.⁶¹ Asimismo, el Estado debe abstenerse de intervenir injustificadamente en la organización de las comunidades religiosas, reconociendo que la autonomía de estas asociaciones es indispensable en una sociedad democrática.⁶² A través de estas garantías de protección y abstención el Estado se asegura

⁵⁸ Corte IDH, Caso “La Última Tentación de Cristo” (Olmedo Bustos y otros) Vs. Chile, Sentencia de 5 de febrero de 2001 (Fondo, Reparaciones y Costas).

⁵⁹ Tesis 1ª. LX/2007 de rubro: LIBERTAD RELIGIOSA. SUS DIFERENTES FACETAS. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXV, Febrero de 2007, pág. 654.

⁶⁰ Tesis 1ª. LXI/2007 de rubro: LIBERTAD RELIGIOSA Y LIBERTAD DE CULTO. SUS DIFERENCIAS. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXV, Febrero de 2007, pág. 654.

⁶¹ *Begheluri y otros v. Georgia*, CEDH, párr. 127, y *Sindicatul “Păstorul cel Bun” v. Romania* [GC], no. 2330/09, párr. 165, ECHR 2013.

⁶² (see, *mutatis mutandis*, *Palomo Sánchez and Others v. Spain* [GC], nos. 28955/06, 28957/06, 28959/06 and 28964/06, §§ 58-61, ECHR 2011; *Otto-Preminger-Institut v. Austria*, 25 November 1994, Series A no. 295 § 47; and *Eweida and Others v. the United Kingdom*, nos. 48420/10, 59842/10, 51671/10 and 36516/10, § 84, ECHR 2013 (extracts)).

de que los creyentes puedan efectivamente ejercer su libertad religiosa y que no se les inhiba de su expresión tanto en su ámbito interno como en el ejercicio de un culto público.⁶³

En esta línea, por ejemplo, la Corte Europea de Derechos Humanos al resolver el caso *Begheluri and others v. Georgia*, en el cual se cometieron diversos actos de violencia en contra de la comunidad de Testigos de Jehová en Georgia, reconoció que el rol de los Estados es el de organizadores imparciales y neutrales de las distintas creencias y religiones; y que el rol del Estado es conducir al orden público, la armonía religiosa y la tolerancia de una sociedad democrática.⁶⁴ Así, los Estados deben eliminar tensiones entre grupos religiosos a través de la tolerancia y no de la eliminación de la pluralidad.⁶⁵

No obstante, como cualquier otro derecho, la libertad religiosa no es absoluta, ya que está sometida a ciertos límites que la Constitución le impone: el imperio del orden jurídico, los derechos de los demás, la prevalencia del interés público y los propios derechos fundamentales de la persona frente a un ejercicio abusivo de los mismos.

En la privacidad de las relaciones familiares, **la libertad religiosa se expresa a través de las creencias que los padres desean inculcar a sus hijos. Así, constituye un derecho de los padres el formar a sus hijos en la religión que prefieran.**

En efecto, diversos instrumentos internacionales reconocen el derecho de los padres o, en su caso, de los tutores legales, de educar a sus hijos de acuerdo a sus convicciones morales y religiosas. Así lo prevé el artículo 18.4, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,⁶⁶ el artículo 5 de la Declaración Sobre la Eliminación de Todas las Formas de

⁶³ (see *Öllinger v. Austria*, no. 76900/01, § 39, ECHR 2006-IX; and also, mutatis mutandis, *Miroļubovs and Others*, cited above, § 80).

⁶⁴ ECHR. Case of *Begheluri and others v. Georgia* (Judgement), 7th January 2015, parrs. 158-159.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ Artículo 18

4. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, para garantizar que los hijos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.

Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Convicciones,⁶⁷ y el artículo 12. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.⁶⁸

Así también, el artículo 14.2 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres "de guiar al niño en el ejercicio de su derecho [a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión] de modo conforme a la evolución de sus facultades".

En ese sentido, en el **amparo en revisión 800/2017** se resolvió que la guía parental permitirá no sólo que los niños aprendan aquellos valores morales, religiosos o espirituales que les sean inculcados por sus padres, sino que, conforme a la evolución facultativa de los menores, puedan verdaderamente entenderlos, adoptarlos y llevarlos a la práctica para desarrollar su propio proyecto de vida y elevar su existencia conforme a su propia cosmovisión.

En el derecho internacional también se ha establecido el derecho de los padres a formar religiosamente a sus hijos. Por ejemplo, en *Folgerø and Others v. Norway*, la Corte Europea de Derechos Humanos consideró que el sistema de exención parcial de las actividades escolares religiosas de

⁶⁷ Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones
Artículo 5

1. Los padres o, en su caso, los tutores legales del niño tendrán el derecho de organizar la vida dentro de la familia de conformidad con su religión o sus convicciones y habida cuenta de la educación moral en que crean que debe educarse al niño.

2. Todo niño gozará del derecho a tener acceso a educación en materia de religión o convicciones conforme con los deseos de sus padres o, en su caso, sus tutores legales, y no se le obligará a instruirse en una religión o convicciones contra los deseos de sus padres o tutores legales, sirviendo de principio rector el interés superior del niño.

3. El niño estará protegido de cualquier forma de discriminación por motivos de religión o convicciones. Se le educará en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y hermandad universal, respeto de la libertad de religión o de convicciones de los demás y en la plena conciencia de que su energía y sus talentos deben dedicarse al servicio de la humanidad.

4. Cuando un niño no se halle bajo la tutela de sus padres ni de sus tutores legales, se tomarán debidamente en consideración los deseos expresados por aquéllos o cualquier otra prueba que se haya obtenido de sus deseos en materia de religión o de convicciones, sirviendo de principio rector el interés superior del niño.

5. La práctica de la religión o convicciones en que se educa a un niño no deberá perjudicar su salud física o mental ni su desarrollo integral teniendo en cuenta el párrafo 3 del artículo 1 de la presente Declaración.

⁶⁸ Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 12. Libertad de Conciencia y de Religión

4. Los padres, y en su caso los tutores, tienen derecho a que sus hijos o pupilos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.

Noruega había transgredido el Protocolo no. 1 de la Convención Europea de Derechos Humanos, al forzar una exposición innecesaria de las creencias de las personas buscando que sus hijos no participaran en actividades contrarias a sus creencias religiosas o morales.⁶⁹

En el mismo sentido, en *Christian Education South Africa v. Minister of Education*, la Corte Constitucional de Sudáfrica negó la posibilidad de que escuelas cristianas efectuaran castigos físicos a sus estudiantes pero, al mismo tiempo, reconoció que los padres contaban con el derecho a que sus hijos fueran educados de acuerdo con sus creencias.⁷⁰ Asimismo, en *Wisconsin v. Yoder*, la Suprema Corte de Estados Unidos reconoció que la obligación impuesta por el estado de Wisconsin de que todo menor tuviera una educación hasta los 16 años, transgredía el derecho de los padres *amish* de educar a sus hijos en sus creencias religiosas.⁷¹

En consonancia con lo anterior, esta Primera Sala considera que los padres tienen derecho a expresar sus creencias religiosas y morales, y que de esta libertad en relación con el derecho a la vida privada y familiar, se desprende el derecho a educar a sus hijos en la fe que profesen. Esta facultad implica, desde luego, el derecho a tomar decisiones sobre sus hijos con base en sus creencias, como podría ser el organizar la vida dentro de la familia de conformidad con su religión o sus convicciones, el instruir a los hijos en materia religiosa, y el llevarlos a practicar un culto público o a celebrar determinadas festividades.

Con todo, de acuerdo al artículo 5 de la Declaración Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Convicciones, siempre deberá educarse al niño en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y hermandad universal, respeto de la libertad de religión o de convicciones de los demás y en la plena conciencia de que su energía y sus talentos deben dedicarse al servicio de la humanidad. Además, la

⁶⁹ Case of Folgerø y otros v. Noruega, párr. 100.

⁷⁰ *Christian Education South Africa v. Minister of Education*, párr. 15.

⁷¹ *Wisconsin v. Yoder*, U. S. 214, pág. 406.

práctica de la religión o convicciones en que se educa a un niño no deberá perjudicar su salud física o mental ni su desarrollo integral.

b. Derecho de los padres a tomar decisiones médicas por sus hijos

Otra decisión que forma parte del espectro de elecciones autónomas que toman los padres bajo el amparo de la privacidad familiar radica en la libertad de tomar decisiones médicas por sus hijos. Como se indicó, son los padres quienes, en principio, protegen de mejor manera los intereses de sus hijos. Dados los lazos de amor y convivencia son ellos quienes procuran en mayor medida la satisfacción de los derechos a la salud y vida de los niños; además, son ellos quienes mejor conocen sus deseos y preocupaciones.

Así, mientras los niños carezcan de la madurez necesaria para tomar las decisiones concernientes a su salud por sí mismos, sus tutores o padres deberán asumir este rol, siempre buscando satisfacer el mejor interés del niño.⁷² La libertad de tomar estas decisiones está protegida por la privacidad familiar, lo cual confiere a los padres la responsabilidad de ponderar diversas razones con base en asesoramiento médico, y elegir aquello que mejor convenga a los intereses del menor libres de interferencias arbitrarias en su vida privada.

En esa línea, por ejemplo, al resolver *M.A.K. y R.K. v. Reino Unido*⁷³ y *Charlie Gard y otros v. Reino Unido*,⁷⁴ la Corte Europea de Derechos Humanos ha precisado que la voluntad de los padres para tomar decisiones médicas por sus hijos está protegida por la privacidad familiar y, en esa medida, prohíbe al Estado efectuar interferencias arbitrarias en ella.

Esta Primera Sala también ha entendido que la decisión de los padres sobre cuestiones médicas debe atender a la voluntad de los progenitores.

⁷² Antommaria AHM, Weise KL, Fallat ME, Katz AL, Mercurio MR, Moon MR, et al. Conflicts between religious or spiritual beliefs and pediatric care: informed refusal, exemptions, and public funding. *Pediatrics*. 2013; 132(5):962–5.

⁷³ *M.A.K. y R.K. v. Reino Unido* (CEDH, 23 marzo 2010, nos. 45901/05 and 40146/06, párr. 75).

⁷⁴ *Charles Gard y otros v. Reino Unido*, CEDH, 27 de junio de 2017, no 39793/17).

En ese sentido, al resolver el ***amparo directo en revisión 2162/2014***,⁷⁵ esta Sala estableció que en los contextos médicos es a los padres a quienes corresponde manifestar su voluntad para autorizar la realización de los tratamientos médicos destinados a mejorar las condiciones de salud de sus hijos menores de edad.

Esta Sala comprende que en el ámbito médico los padres se enfrentan a un escenario complejo, pues con base en la asesoría de los médicos, deben ponderar cuidadosamente la eficacia y los riesgos de los tratamientos de acuerdo con la condición clínica que afecte a su hijo. En esa encrucijada, están llamados a velar en todo momento por el bienestar de sus hijos, por lo que debe existir una correspondencia entre la decisión médica que asuman y las medidas terapéuticas que mejor permitan al menor mantener su integridad y recuperar su salud. Como se estableció, su deber es proteger siempre el interés superior del menor; a esta consideración deben asignar un valor fundamental y prevalente en cualquier decisión que tomen.

c. Autonomía progresiva de los menores de edad

Ahora bien, vale aclarar que el derecho de los padres a tomar decisiones por sus hijos se va desvaneciendo mientras el menor avanza en su desarrollo y autonomía. Hasta que los menores resulten capaces de formular y articular sus propios valores, los valores de los padres son atribuidos a la unidad familiar y en este sentido se presume que los padres hablan en este sentido por sus menores hijos. Esto quiere decir que alcanzado cierto grado de madurez, el niño o la niña, puede decidir qué religión profesar y qué decisiones tomar con base en esta.

De este modo, en algunos casos puede tomar decisiones médicas por el mismo. Desde luego, el que el menor pueda ejercer por sí mismo su libertad religiosa y su derecho al consentimiento informado depende de una

⁷⁵ Sentencia resuelta el 15 de junio de 2016 por unanimidad de cuatro votos.

evaluación cuidadosa de su nivel de desarrollo y del balance de los intereses en juego.

Al respecto, los artículos 5 y 12 de la Convención de los Derechos del Niño,⁷⁶ reconocen a los menores como sujetos de derechos y participes activos en la toma de las decisiones que les conciernen. Así los menores de edad, ejercen sus derechos de manera progresiva en la medida en que van desarrollando un mayor nivel de autonomía. A esto se ha denominado “evolución de la autonomía de los menores”.⁷⁷

Con base en lo anterior, esta Primera Sala ha establecido que en la medida en la cual se desarrolla la capacidad de madurez del niño para ejercer sus derechos con autonomía, disminuye el derecho de los padres a tomar decisiones por él.

Conforme a la doctrina de esta Primera Sala, a fin de determinar la capacidad de los menores para tomar decisiones sobre el ejercicio de sus derechos, es fundamental que los juzgadores realicen una ponderación entre la evaluación de las características propias del menor (edad, nivel de maduración, medio social y cultural, etc.) y las particularidades de la decisión (tipo de derechos que implica, los riesgos que asumirá el menor en el corto y largo plazo, entre otras cuestiones).

En los tratamientos médicos por ejemplo, algunos países permiten que los mayores de 12 años tomen decisiones por ellos mismos, y en algunos casos se ha discutido si pueden tomar decisiones sobre su vida al

⁷⁶ Artículo 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

⁷⁷ En el mismo sentido, ver: (i) amparo directo 30/2008, resuelto por esta Primera Sala el 11 de marzo de 2009; (ii) amparo directo en revisión 2479/2014, resuelto por esta Primera Sala el 24 de octubre de 2012; (iii) amparo directo en revisión 354/2014, resuelto por esta Primera Sala el 9 de abril de 2014; (iv) *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 24 de febrero de 2011 Serie C No. 221; (v) *Caso Atala Riffo e hijas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia del 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239.

negarse a realizar transfusiones sanguíneas debido a sus creencias religiosas.⁷⁸

Con todo, esta Primera Sala considera que de acuerdo con el interés superior del niño, el menor de edad podrá decidir qué tratamientos o intervenciones médicas recibir, siempre y cuando ello no afecte derechos de mayor entidad que su propia autonomía, en tanto la misma aún se encuentra en formación. Así, en caso de que la decisión del menor pueda poner en riesgo su salud, o incluso su vida, deberá optarse por aquella alternativa que procure en un mayor grado su recuperación.

De acuerdo con lo anterior, hasta este punto es claro que los padres tienen un amplio espectro de decisiones que pueden tomar libres de cualquier interferencia externa en su familia y sobre sus hijos. No obstante este margen de autonomía no es absoluto.

En el caso particular, la Subprocuraduría de Chihuahua alegó que la interferencia estatal que efectuó está justificada en aras de tutelar los intereses de la menor; específicamente con la finalidad de que [Clara] reciba el tratamiento médico indicado para una condición de salud muy delicada. En esa medida, se pone de relieve el interés constitucional en brindar la máxima protección al bienestar de los niños.

II

El interés superior del menor como límite a los derechos parentales

Es una doctrina reiterada de esta Suprema Corte que el interés superior del menor debe prevalecer en cualquier contienda judicial en la cual se vean involucrados los derechos de los niños.⁷⁹ Conforme a este principio, el

⁷⁸ Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, Sala Constitucional, Sentencia No. 1.431 expediente 07-1121, emitida el 14 de agosto de 2008; Tribunal Constitucional de España, Sentencia 154/2002 de 18 de julio de 2002, BOE núm. 188; Corte Suprema de Canadá, *A.C. v. Manitoba (Director of Child and Family Services)*, [2009] 2 SCR 181.

⁷⁹ En la jurisprudencia de este Alto Tribunal se han desarrollado criterios relativos al alcance de la protección de los menores en los procesos jurisdiccionales derivada del interés superior del niño,

juzgador y los diversos operadores jurídicos deben decidir y actuar conforme aquello que mejor conserve y satisfaga los intereses del menor. No obstante, determinar dónde se ubica el interés superior del niño no es siempre una cuestión fácil de zanjar.

En ese sentido, esta Suprema Corte ha indicado que el interés superior del menor no puede ser establecido con carácter general y de forma abstracta, en tanto las relaciones familiares son extraordinariamente complejas y variadas. Así las cosas, el juez debe valorar las especiales circunstancias que concurren en cada situación para determinar qué es lo mejor para la niña o niño en cuestión. En suma, la tutela del interés preferente de los niños exige, siempre y en cualquier caso, que se tome aquella decisión que proteja de mejor manera sus derechos e intereses.

El interés superior del niño también debe ser el eje rector de quienes toman las decisiones en nombre de los menores. Así, el ejercicio de la vida privada y familiar debe tener como objetivo el procurar la mayor satisfacción de los derechos de los niños. En ese sentido, los derechos de los padres deben ser ejercidos de acuerdo con el interés prevalente de los hijos, por lo que la naturaleza de las relaciones entre hijos y padres no debe ser

entre los que se destacan los siguientes: (i) la interpretación sistemática respecto de cualquier norma jurídica cuando tenga que aplicarse o pueda afectar los intereses de algún menor. "INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO. FUNCIÓN EN EL ÁMBITO JURISDICCIONAL" [Tesis: 1a./J. 18/2014 (10a.) Localizable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Libro 4, Marzo de 2014, Tomo I, página: 406]; (ii) que cuando se trate de medidas legislativas o administrativas que afecten derechos de los menores deberá realizarse un escrutinio mucho más estricto en relación con la necesidad y proporcionalidad de la medida en cuestión "MENORES DE DIECIOCHO AÑOS. EL ANÁLISIS DE UNA REGULACIÓN RESPECTO DE ELLOS DEBE HACERSE ATENDIENDO AL INTERÉS SUPERIOR Y A LA PRIORIDAD DE LA INFANCIA." [Tesis: P. XLV/2008. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta tomo XXVII, Junio de 2008, página 712. Acción de inconstitucionalidad 11/2005]; (iii) que el juzgador está obligado a valorar todos los elementos de prueba que obren en el expediente así como a recabar de oficio el material probatorio necesario, en todos aquellos procedimientos que directa o indirectamente trascienden los derechos de los menores; "INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. PARA PRESERVARLO, EL JUZGADOR ESTÁ FACULTADO PARA RECABAR Y DESAHOGAR DE OFICIO LAS PRUEBAS QUE CONSIDERE NECESARIAS." [Tesis: 1a. /J. 30/2013 (10a.). Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1, página: 401] y "JUICIOS DE GUARDA Y CUSTODIA. DE ACUERDO AL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO DEBE VALORARSE LA TOTALIDAD DEL MATERIAL PROBATORIO QUE OBRA EN AUTOS". [Tesis: 1a. XVI/2011. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXXIII, febrero de 2011, página 616]; y (iv) que tratándose de menores de edad procede la suplencia de la queja en toda su amplitud, sin que obste la naturaleza de los derechos cuestionados ni el carácter del promovente. "MENORES DE EDAD O INCAPACES. PROCEDE LA SUPLENCIA DE LA QUEJA, EN TODA SU AMPLITUD, SIN QUE OBSTE LA NATURALEZA DE LOS DERECHOS CUESTIONADOS NI EL CARÁCTER DEL PROMOVENTE." [Tesis: 1a. /J. 191/2005. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta tomo XXIII, mayo de 2006 página 167].

determinada por los deseos personales de los padres, sino por el interés superior del menor.

Desde esta perspectiva, el interés superior del menor se erige como un deber de privilegiar los derechos del niño, y es desde la óptica de los intereses del niño que deben ejercerse los poderes y responsabilidades de los padres, de tal suerte que los “derechos” parentales no constituyen un valor prevalente.⁸⁰ En este marco, conviene reparar especialmente en el derecho a la vida y a la salud de un menor.

El *derecho a la protección de la vida* es un derecho fundamental implícito en la Constitución, que se deriva de todos los derechos expresamente estipulados que requieren de la vida como condición para su ejercicio¹. En esta línea, la existencia de un derecho a la protección de la vida queda de manifiesto cuando se corrobora que la Constitución no sólo contempla una serie de derechos fundamentales cuya justificación última se encuentra en el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos, sino también muchas otras disposiciones tendientes a salvaguardar la vida. Así también, el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁸¹ y el artículo 13 de la Ley General De Los Derechos De Las Niñas, Niños y Adolescentes, establece como derechos la vida, la supervivencia y al desarrollo.

De la misma manera, diversas disposiciones internacionales establecen el derecho al disfrute *del más alto nivel posible de salud física y mental*; lo que implica que los menores tienen derecho a recibir los que mayores probabilidades tenga de recuperar su salud. Entre estas se encuentra el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De manera destacada, se ha reconocido la relevancia del derecho a la salud en la infancia. Así puede observarse en el artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño, en la

⁸⁰ *Young v. Young*, [1993] 4 S.C.R. 3; *P. (D.) v. S. (C.)*, [1993] 4 S.C.R. 141

⁸¹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 4.1. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Observación General 15 “sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, y en los artículos 13 y 50 de la Ley General de los Derechos de las Niñas. Derivado de la exigencia de brindar el más alto nivel posible de salud física, esta Primera Sala entiende que los menores tienen derecho a recibir el trato médico más efectivo y seguro para recuperar su salud.

En suma, como se estableció en el apartado I, los padres gozan con un ámbito de autonomía muy amplio para tomar numerosas decisiones por sus hijos —a qué escuela van acudir, en donde deciden vivir, qué valores inculcar y qué religión enseñarles—, y autonomía para sopesar diversas razones y elegir lo que estimen mejor para ellos sin intervenciones externas. En ese sentido, el derecho presume que son los más aptos para decidir lo que resulte más favorable para las niñas y niños a su cargo.

Sin embargo, el interés superior del menor es una consideración *prevalente* tratándose de decisiones que son críticas para el futuro o bienestar de un menor, como aquellas relacionadas con su derecho a la salud y a la vida. En ese sentido, esta Corte entiende que **el derecho de los padres a tomar esas decisiones sin interferencias encuentra su límite en la salud y la vida del menor.**

En efecto, esta Primera Sala entiende que las decisiones médicas de los padres sobre sus hijos, aunque inicialmente protegidas por un claro campo de autonomía, **no pueden ser sostenidas si colocan en riesgo la salud del menor** (aun cuando esta no sea necesariamente la intención de los padres). En tanto la Constitución obliga al Estado a velar por que no se vulneren los derechos de los niños, en estos casos está justificado intervenir en la autonomía familiar con el objeto de impedir una afectación a la integridad del menor.

Ello obedece a que los derechos parentales tienen fundamento *precisamente* en la protección que deben brindar los padres a sus niños. Bajo esta perspectiva, la autonomía familiar no puede ejercerse de un modo

contrario al propósito de la institución parental, que es precisamente velar por su bienestar.

En esta línea se ha pronunciado el Comité de los Derechos de los Niños, al destacar la importancia del interés superior del niño como fundamento de todas las decisiones que se adopten con respecto al tratamiento [médico] que se dispense, niegue o suspenda a todos los niños.⁸²

Asimismo, esta Suprema Corte en el **amparo en revisión 502/2017** ya ha resuelto que el derecho de los padres a infundir en sus hijos convicciones religiosas, no es absoluto y que tiene un límite: el interés superior del menor, el cual se cristaliza, en el caso, en el derecho a vivir en un ambiente de libertad y tolerancia religiosa.

De igual forma, en el derecho comparado encontramos un consenso notable respecto a que el interés superior de los niños es la consideración prevalente en cualquier disputa que se presente frente a los derechos parentales y la privacidad familiar.

En esencia, tribunales de Estados Unidos, Canadá, España, Australia o Reino Unido han determinado que tratándose de conflictos entre los derechos de los padres a decidir por sus hijos, y la vida o salud de un niño, **el interés superior del niño es la máxima consideración.**⁸³ En este sentido, los tribunales han señalado que los derechos parentales no confieren autoridad a los padres sobre la vida y muerte de los hijos,⁸⁴ esto es, que no tienen el derecho de afectar la salud de sus hijos en virtud de su religión, puesto que están obligados a tomar *siempre* las decisiones que mejor garanticen los intereses de los niños.⁸⁵

⁸² Observación general 15, párrafos 12 y 14.

⁸³ *Custody of a Minor* 375 Mass. 733, 379 N.E.2d 1053 (1978); *Director General, Department of Community Services Plaintiff and BB Defendants* [1999] NSWSC 1169 (19 November 1999); *Camden London Borough Council v R (a minor)*, (1993) 2 FLR 757; *Re O (A Minor) (Medical Treatment)* (1993) 2 FLR 149; Tribunal Constitucional de España, Sentencia 154/2002 de 18 de julio de 2002, BOE núm. 188.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Prince v Massachusetts* (1944) 321 US 158 at 170; *Morrison v. State*, 252 S.W.2d 97 (Mo. 1952); *B. (R.) v. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto* (1995) 1 S.C.R. 315.

De manera similar, esta Primera Sala entiende que la libertad religiosa y el derecho a la vida privada familiar no comprenden la imposición de prácticas religiosas que comprometan la salud y vida de los niños. En otras palabras: la libertad religiosa no confiere a los padres la autoridad para decidir sobre la vida o la muerte de sus hijos menores de edad; así, los derechos de los padres encuentran su límite *ahí* donde se pone en riesgo la vida de sus hijos.

De acuerdo con lo anterior, los padres no pueden objetar la realización de tratamientos médicos que tienen como propósito salvar la vida de sus menores hijos. La vida y la salud de los niños no son derechos que se encuentren supeditados a la voluntad de sus representantes. Por el contrario, su mayor satisfacción debe ser el eje rector de la actuación de quienes toman decisiones a nombre de ellos. Así, no pueden invocarse los derechos de los padres para negar a un niño la oportunidad de sobrevivir.

En conclusión, **los derechos de los padres a decidir sobre sus hijos tienen como límite la afectación al derecho a la vida de los niños.** Ninguna decisión puede encontrar fundamento si con ella se pone en riesgo la supervivencia del menor; máxime cuando esa afectación deriva de la negación de un tratamiento que está disponible para

III

La intervención del Estado en la autonomía familiar frente a un riesgo a la vida

Conforme al parámetro constitucional elaborado en el apartado **II**, los padres son libres de formar a sus hijos en la religión que elijan conforme a sus convicciones, y son quienes están legitimados para autorizar decisiones médicas sobre ellos. Sin embargo, el ejercicio de esta libertad no debe poner en riesgo la vida de un niño. En consecuencia, el Estado puede interferir válidamente la autonomía parental para tomar decisiones por los padres cuando sus elecciones coloquen en riesgo la vida de sus hijos.

En este contexto, esta Primera Sala estima que **la puesta en riesgo de la vida de un niño se actualiza cuando los padres, privilegiando sus creencias religiosas, se rehúsan a seguir el tratamiento médico idóneo para salvar la vida de su hijo menor de edad.**

Esta Corte entiende que el tratamiento médico idóneo para salvar la vida es aquél que **ya ha sido acreditado por la comunidad médica como el procedimiento más efectivo para tratar determinada condición letal.** En esa medida, se trata de una intervención médica que no presenta una disputa científica sustancial sobre su eficacia y confiabilidad.

Es pertinente apuntar que en la comunidad médica existen lineamientos de práctica clínica que establecen las pautas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías, conforme a los cuales el personal médico desarrolla su tarea. Estos lineamientos están diseñados regularmente con base en *“la mejor información científica disponible para aplicarla a la práctica clínica”*.⁸⁶ En ese sentido, las guías de práctica clínica utilizan el enfoque “Medicina Basada en la Evidencia”, consistente en *“la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.”*⁸⁷

Las guías de práctica clínica gradúan el estatus de los procedimientos e intervenciones médicas que recomiendan con sustento en *escalas de evidencia*, esto es, según el rigor y la consistencia científica de la evidencia disponible. De este modo, las guías clínicas clasifican la evidencia por categorías que van desde el nivel más alto (por ejemplo: evidencia de alto nivel, basada en meta-análisis de estudios clínicos aleatorios, o consenso médico uniforme) hasta niveles más cuestionables o menos consistentes (v.g.: existe un amplio desacuerdo sobre que la intervención sea apropiada,

⁸⁶ GPC de Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda, México: Secretaría de Salud; 2009.

⁸⁷ Sackett et al; Evidence-Based Medicine Working Group 1992.

o bien sólo existe evidencia a partir de la experiencia clínica o de reportes y opiniones).⁸⁸ Con base en tales categorías las guías establecen la “fuerza” respectiva de cada recomendación, según la cual será *más* o *menos* pertinente su uso por parte de los médicos.

De esta forma, por ejemplo, la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda emitida por la Secretaría de Salud establece “*la transfusión de concentrados eritrocitarios para mantener la cifra de hemoglobina*” como una recomendación basada en evidencia científica de comité de expertos, reportes, opiniones y experiencia clínica de autoridades en la materia. Similarmente, la Guía de Práctica Clínica de Estados Unidos para la misma enfermedad que emite la *National Comprehensive Cancer Network*, establece que “*aunque existan diferencias entre estándares internacionales y prácticas, las medidas terapéuticas de apoyo para pacientes con leucemia linfoblástica aguda generalmente incluyen el uso de (...) transfusiones sanguíneas*”, con base en evidencia del segundo nivel más alto.⁸⁹

De acuerdo con lo anterior, esta Primera Sala entiende que un **tratamiento idóneo** es aquél procedimiento recomendado por la ciencia médica que cuenta con el nivel más alto posible de consolidación científica y que, por lo tanto, se indica con el mayor grado prioridad.

Con todo, cabe aclarar que la ciencia médica no es una ciencia de resultados sino de medios, por lo que los procedimientos sanitarios no necesariamente garantizan con absoluta certeza la recuperación del paciente, sino que con *cierto grado de probabilidad*, se alcanzará un determinado resultado.⁹⁰ En esa línea, cuando nos referimos al tratamiento

⁸⁸ Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59; National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology: Acute Lymphoblastic Leukemia, Version 5.2017, 27 de octubre de 2017 (en adelante: “NCCN Guidelines”).

⁸⁹ NCCN Guidelines.

⁹⁰ Tesis 1a. XXV/2013 (10a.) de rubro: ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA. Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, pág. 261.

médico idóneo entendemos que es aquél que tiene un mayor índice de éxito.

De esta forma, el principio de interés superior del menor impone que siempre deba optarse por el tratamiento que cuente con mayor probabilidad de salvar la vida de un niño.

Ahora bien, puede suceder que los padres objeten el procedimiento médico idóneo y consideren que existen alternativas que podrían recuperar la salud del niño, al tiempo de no vulnerar sus creencias religiosas.

En esa lógica, los Testigos de Jehová han explorado diversos procedimientos alternativos al uso de hemoderivados con el fin de recibir atención médica sin transgredir sus preceptos religiosos. Así, el ejercicio de su religión ha conducido a los Testigos de Jehová a preferir opciones médicas que *prescindan* del consumo de componentes sanguíneos, y que también les permitan recuperar su salud.

No obstante, como se estableció previamente, el ejercicio de la libertad religiosa no puede impedir que un menor de edad reciba el tratamiento médico idóneo para curar un padecimiento de consecuencias letales, pues ello atentaría contra su derecho a la vida. **En ese sentido, el interés prevalente del menor impide que se aplique a un menor un tratamiento que es claramente inferior al tratamiento idóneo, de acuerdo con la *lex artis* médica.**

De acuerdo con lo anterior, para que prevalezca una propuesta alternativa por parte de los padres es imprescindible acreditar que la alternativa ofrece un grado de recuperación similar o comparable a la intervención médica que ha sido objetada. De otro modo, se pondría al menor de edad en una situación de riesgo que puede evitarse al aplicar el tratamiento acreditado.⁹¹

⁹¹ El test que adopta esta Corte consiste en la elección del tratamiento más efectivo. Si no existe evidencia de que el tratamiento alternativo es similar o comparable al tradicional,

Así, si el tratamiento alternativo tiene un resultado mucho más pobre o no comparable con el uso de transfusiones sanguíneas, si el tratamiento no se encuentra disponible, o bien, si no existe evidencia que garantice su grado de eficacia, el Estado debe suplantar la decisión de los padres y autorizar el tratamiento indicado por el personal médico, pues solamente a través de esa intervención podrá protegerse la vida del menor.

En ese orden de ideas, en caso de que la transfusión de hemoderivados sea la única opción científicamente acreditada para resguardar la vida del menor de edad, debe optarse por esta intervención aun en contra de la voluntad de los progenitores, pues como se ha establecido **el derecho a la vida de los hijos no es un derecho que se encuentre disponible para los padres.**

Con todo, es pertinente aclarar que **no cualquier diferencia que tengan los padres con la opinión de los médicos sobre el tratamiento médico pertinente actualiza un supuesto de riesgo**, sino únicamente la oposición de los padres a que se utilice el tratamiento médico idóneo conforme a la *lex artis* médica, para atender un padecimiento que coloque en riesgo la vida.

Ahora bien, esta Sala es consciente de que la autonomía familiar es un principio con plena vigencia en las relaciones familiares, de modo que no debe ser desplazado sin mayor justificación. La sustitución de los padres en la toma de decisiones médicas ciertamente es una intervención notable en

deberá optarse por el tradicional. En un intento de reconciliar la autonomía de los padres, en la literatura especializada se ha propuesto un test mucho más complejo; en ese sentido ver las preguntas del test que propone Diekema (Diekema DS. Parental refusals of medical treatments: the harm principle as threshold for state intervention. *Theor Med Bioeth.* 2004;24:243–64).

Asimismo, una Corte Federal de Estados Unidos ha establecido un parámetro igualmente complejo para resolver este tipo de dilemas. Ver: New York case, In re [*191] Hofbauer. No obstante, esta Primera Sala considera apropiado establecer un criterio mucho más simple debido a que en aquellos en casos en que está en juego la vida del menor, y no sólo la recuperación de su salud, no es válido ponderar el derecho a la autonomía o libertad religiosa de los padres frente a la vida de sus hijos. En dichos casos, sólo podrá optarse por la intervención alternativa si esta es similar o comparable al tratamiento que se objeta.

la autonomía familiar, por lo que el Estado debe ejercerla de manera claramente delimitada.

En el siguiente apartado se abordará la forma en la que debe protegerse el interés superior del niño en aquellas situaciones en las que sus padres, amparados en sus creencias religiosas, se opongan a aplicar el procedimiento médico idóneo.

IV

Desarrollo de la intervención del Estado en la autonomía familiar

Como se expuso, el Estado puede actuar para proteger a un menor si, con base en sus creencias religiosas, los padres se oponen a que se aplique al menor el tratamiento idóneo para salvar su vida —en los términos descritos en el apartado III—. Con todo, ello no autoriza al Estado a desplazar por completo los derechos parentales.

Es decir, la intervención estatal en un contexto médico está gobernada por lineamientos encaminados a preservar el interés superior de menor sin atropellar los derechos de los padres. Como se verá, estos lineamientos son relevantes desde que el menor es presentado para recibir servicios médicos, hasta que —en caso de un riesgo para su vida— el Estado interviene con el fin de tutelar sus derechos.

En **primer lugar** se explicarán cuáles son los parámetros que están llamados a observar los médicos si detectan que cierta decisión parental coloca en riesgo la vida de un menor.

Inicialmente, cuando la madre o el padre de un menor de edad lo presentan a alguna institución sanitaria para recibir servicios de salud, los médicos efectúan un diagnóstico del paciente y en la medida de lo posible recomiendan uno o varios tratamientos a seguir.

De acuerdo con el derecho al consentimiento informado que esta Sala ha desarrollado ampliamente,⁹² los padres son quienes están a cargo de considerar las intervenciones propuestas por los médicos y otorgar el consentimiento en representación de su menor hijo para que se realicen los procedimientos respectivos.⁹³ Lo anterior pone de relieve la importancia de que el personal sanitario informe debidamente a los padres sobre los tratamientos médicos que recibirá un niño, pues son ellos quienes en principio tomarán una decisión.

Similarmente, los padres tienen **derecho a conocer las alternativas médicas disponibles para tratar a sus hijos**. Así —si la situación médica del menor lo permite—, los progenitores pueden solicitar que se les informe de las alternativas médicas disponibles, y el personal sanitario las debe exponer detalladamente, intentando que aquéllos comprendan cabalmente sus alcances. En otras palabras, los médicos deben proveer a los padres con suficiente información de un modo que les permita ponderar *efectivamente* las ventajas y los inconvenientes de diversos procedimientos, a efecto de elegir aquél que mejor convenga a los intereses del menor.

En **segundo lugar**, si los médicos advierten un riesgo para la vida del menor, tienen la obligación de hacerlo del conocimiento de las autoridades de protección de menores.

Como se detalló en el apartado anterior, esto ocurre si los padres pretenden impedir que se aplique al menor el tratamiento más apto para salvar su vida, y pugnan por un tratamiento que es inferior conforme a la *lex artis* médica. Tal como se estableció, el límite de los derechos parentales es el interés superior del menor, por lo que en este proceso de toma de decisiones los padres no pueden colocar en riesgo la vida de sus hijos.

⁹² “CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.” Tesis: 1a. XLIII/2012 (10a.). Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1 Pagina 478. Ver también: sentencia recaída al amparo directo en revisión 2162/2014, resuelta el 15 de junio de 2016 por la Primera Sala; contradicción de tesis 93/2011, resuelta el 26 de octubre de 2012.

⁹³ Véase sentencia recaída al amparo directo 51/2013, resuelta el 2 de diciembre de 2015 por la Primera Sala

Así, una vez que los médicos han recibido una negativa definitiva de los padres, y si consideran que el retraso en la toma de decisiones puede afectar la integridad o salud del menor, están obligados a dar cuenta a la agencia estatal de protección de menores para que ésta evalúe la necesidad de intervenir de inmediato a fin de examinar el caso y autorizar el tratamiento.

Sin perjuicio de lo anterior, esta Sala no desconoce que en presencia de una situación seriamente urgente puede ser indispensable que el médico tratante intervenga sin el consentimiento con la finalidad de preservar la vida del menor. En estos casos es claro que no es viable considerar un tratamiento alternativo puesto que el personal hospitalario debe actuar *en el momento* para enfrentar la situación médica particular.⁹⁴

En **tercer lugar**, las entidades públicas deben respetar ciertos lineamientos al intervenir en la autonomía familiar y decidir si asumen la protección provisional del menor.

En efecto, la notificación del personal médico a las autoridades marca el inicio de la actuación del Estado para determinar si se encuentra en un caso en el que debe intervenir en la autonomía familiar para tutelar los derechos de un menor.

La institución pública mediante la cual se desarrolla la intervención estatal en aras de proteger a los menores es la tutela del Estado. Al respecto, esta Sala ha determinado que ante un imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección del menor que las leyes ponen a cargo de padres o tutores, el principio del interés superior del menor exige que los poderes públicos intervengan a fin de corregir una situación de riesgo o desamparo en la que se encuentra un menor de edad.

⁹⁴ En efecto, en presencia de una situación seriamente urgente, puede ser indispensable que el médico tratante intervenga sin el consentimiento con la finalidad de preservar la vida del menor. En estos casos es claro que no es viable considerar un tratamiento alternativo puesto que el personal hospitalario debe actuar en el momento para enfrentar la situación médica particular.

De esta forma, el Estado protege provisionalmente los derechos de los menores a través de la institución pública de la tutela. Concretamente, esta Sala ha afirmado que “*cuando aquellos a quienes la ley encomienda de manera primordial el ejercicio de las funciones tuitivas, no quieren o no pueden actuar en defensa e interés de un menor, lo deben hacer las respectivas entidades públicas de protección, con la finalidad de adoptar las medidas que permitan librar a un menor de una situación de riesgo o desamparo*”.⁹⁵

En ese orden de ideas, el artículo 19 de la Convención de los Derechos de los Niños establece que los Estados parte deberán tomar todas las medidas necesarias para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Respecto a la regulación de la tutela, esta Sala observa que a nivel federal y en diversos ordenamientos de entidades de la república no existe un procedimiento *específico* para que las instancias públicas intervengan en el contexto médico con objeto de proteger a un menor. En su lugar, se advierte que se ha diseñado un **procedimiento genérico** a fin de que las entidades públicas ejerzan una tutela provisional o transitoria cuando adviertan que las niñas y niños se encuentran en alguna situación de riesgo.⁹⁶

⁹⁵ Véase la tesis aislada 1a. CXXIII/2014 (10a.) de rubro: *TUTELA DE LOS MENORES DE EDAD. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ENCOMIENDA A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SU PROTECCIÓN INTEGRAL.*

⁹⁶ Vale mencionar que, a diferencia del caso mexicano, existen algunos ejemplos en el derecho comparado en los cuáles sí se articula un procedimiento *ad hoc* para regular la intervención estatal en los contextos médicos. Así, diversas legislaciones facultan a las entidades públicas para intervenir cuando la negativa por parte de la persona responsable de un menor de edad a que se le aplique un tratamiento médico coloque en riesgo su salud. Por ejemplo, ordenamientos locales de Argentina y Australia, y los federales de Canadá y España, obligan al personal médico a acudir a las instancias correspondientes cuando se presente dicha situación. Ante la solicitud de los doctores, las entidades

Así, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece que las Procuradurías de Protección de los menores tienen la atribución de solicitar al Ministerio Público competente la imposición de medidas urgentes de protección especial idóneas, cuando exista un riesgo inminente que atente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños y adolescentes, quien deberá decretarlas a más tardar, durante las siguientes 3 horas a la recepción de la solicitud, dando aviso de inmediato a la autoridad jurisdiccional competente. Esta atribución se ve replicada por lo menos en Baja California Sur, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Quintana Roo.

Por lo demás, la tutela que ejercen las entidades públicas se configura como una medida provisional o transitoria para proteger los derechos e intereses de los menores cuando se coloquen en riesgo.⁹⁷

Ante tal panorama, en el contexto médico es claro que si los padres objetan un tratamiento indicado médicamente a un paciente cuya vida se encuentra en riesgo, las autoridades tienen a su cargo el deber de intervenir con objeto de proteger sus derechos a través de la institución de la tutela.

Efectivamente, a partir de la denuncia que realice el personal médico, las autoridades de protección a la infancia deberán proceder a realizar las actuaciones que estimen necesarias para asegurarse de la existencia o no de la vulneración o restricción a sus derechos. Concretamente, las autoridades estatales deberán indagar de manera inmediata sobre la veracidad de los hechos denunciados y determinar si existen elementos o razones para iniciar un procedimiento administrativo de protección.

públicas otorgan la autorización necesaria para que se le aplique al menor de edad el tratamiento idóneo.

⁹⁷ Véase el Manual General de organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Específicamente el apartado que contiene las funciones de la Dirección de Servicios Jurídico-Asistenciales.

Así, si la autoridad aprecia con base en las primeras investigaciones que realice que existen elementos para iniciar el trámite de tutela, entonces deberá tomar la representación en suplencia de los menores involucrados. Como no puede ser de otro modo, las medidas provisionales que dicten las entidades públicas deberán fundarse en el interés superior del menor, ser provisionales y tener un efecto inmediato.

Considerando lo anterior, las autoridades deberán ser especialmente sensibles al grado de premura con la que sea necesario actuar para salvaguardar la salud del menor. Una vez que el Estado ha recibido el caso, debido a la urgencia que caracteriza este supuesto está obligado a tomar la decisión que a su juicio mayores probabilidades comporte de salvarle la vida al menor y librarlo del riesgo en el que se encuentra, con base la información que tenga disponible en el contexto particular. Sobre esto último, cabe recalcar que el Estado puede allegarse oficiosamente de mayor información en la medida de las posibilidades con objeto de tomar la decisión más adecuada para salvaguardar los intereses en juego.

Al igual que en el caso del personal médico, si la situación médica del menor lo permite el Estado podrá considerar con mayor atención la voluntad de los padres de implementar un tratamiento alternativo en lugar del procedimiento indicado por los médicos tratantes. No obstante, esta Corte subraya que la consideración más relevante la constituye el interés superior del menor, por lo que a pesar de las presiones existentes las autoridades deberán orientar su decisión hacia salvaguardar la vida y la salud del infante en todo momento.

Así, para respetar el derecho al consentimiento informado las autoridades **también deben examinar la posibilidad de suministrar el tratamiento propuesto.** Sin embargo, como se estableció, **es indispensable que esta decisión médica no coloque en riesgo la vida del menor.**

Finalmente, es evidente que la decisión que tome el Estado puede ser recurrida a través de los medios de impugnación correspondientes. Así, corresponderá a los tribunales en última instancia decidir si en el caso se actualizaba el estándar que ha indicado esta Primera Sala para justificar la intervención estatal; esto es: que los padres hayan rechazado que se aplique a su hijo el tratamiento *idóneo* para salvar su vida de un padecimiento médico letal.

Según se expuso en el apartado III, dicha evaluación dependerá esencialmente de si, en el caso concreto, las autoridades tenían suficientes bases para concluir que la vida del menor se encontraba en riesgo debido a la decisión parental.

Es importante aclarar que en el caso que se ha descrito los padres no pretenden poner en riesgo la vida de sus hijos, sino prevenir que resulten violados los preceptos de su fe, en ejercicio de su libertad religiosa. Consecuentemente, es evidente que no merecen ser excluidos del proceso médico o de la toma de decisiones que conciernen a sus hijos. En estos casos, el Estado debe ser sensible con que su decisión no pretende necesaria y deliberadamente afectar a los menores.

Por lo tanto, en lo siguiente conviene reparar en los parámetros que rigen la actuación de las instancias públicas cuando se aproximan a estos casos, con base en los derechos a la privacidad familiar y a la no discriminación.

En primer lugar esta Sala enfatiza que la tutela que asuma el Estado se encuentra limitada a tomar las decisiones médicas concernientes a la recuperación de la salud del niño, por el tiempo que dure el tratamiento médico, y no debe desplazar de ningún modo los demás derechos que tienen los padres en el núcleo familiar.

Aun cuando el interés superior del menor es el parámetro central en estos casos —por lo que los médicos, instituciones de salud, autoridades estatales y progenitores deben privilegiar la mayor satisfacción de los derechos de los niños— las autoridades involucradas también deben procurar la unidad y estabilidad familiar, tratando de incorporar a los padres en las decisiones médicas. Así, los padres en todo momento tienen derecho a recibir información acerca del estado de salud de sus hijos, así como en cuanto a los tratamientos y medicamentos que se le aplican al menor de edad.

Asimismo, siempre que sea médicamente posible los padres tienen derecho a estar junto a sus hijos y no deben ser separados en contra de su voluntad salvo en casos estrictamente necesarios. Adicionalmente, es claro que las instituciones de salud tienen la obligación de proporcionarles una atención adecuada y libre de discriminación.

De igual forma, es importante que las autoridades implicadas reconozcan la situación de vulnerabilidad en la que pueden ubicarse los Testigos de Jehová, tanto por pertenecer a una minoría religiosa, como por profesar una creencia contraria al paradigma médico: las transfusiones sanguíneas. Por lo tanto, las autoridades involucradas deben velar porque estas personas no sean estigmatizadas como malos padres o que sean relegadas a tomar un papel secundario en la recuperación del menor. En ese orden de ideas, las instancias públicas no deben actuar sobre la base de que los padres *desean* colocar deliberadamente en riesgo a su hija o hijo, o que *pretenden* lesionar sus derechos.

Por último, es importante recalcar que los padres tienen derecho a conocer, comprender y postular un tratamiento alternativo al indicado en ejercicio de su derecho al consentimiento informado, mismo que deberá ser considerado cuidadosamente, con objeto de determinar si cuenta con una eficacia similar o comparable a la del tratamiento idóneo.

Con todo, como se explicó, si no existe un procedimiento alternativo similar o de eficacia comparable al tratamiento indicado por la *lex artis* médica, y los padres insisten en su objeción, el Estado podrá asumir la tutela del niño con la finalidad de autorizar que el menor reciba aquel tratamiento que cuenta con una capacidad científicamente comprobada para salvar su vida.

V

Aplicación del estándar al caso concreto

Como se relató previamente, en el presente caso se encuentra en riesgo la vida de una menor de edad que padece leucemia linfoblástica aguda, una condición capaz de aniquilar las células sanguíneas que están a cargo de funciones vitales para el organismo. Esta Corte toma nota de que los padres de [Clara] objetan las transfusiones sanguíneas debido a la religión que practican.

Como se detalló, el Juez de Distrito determinó que **1)** la Subprocuraduría no había tenido bases suficientes para asumir la tutela sobre la menor, y que, por lo tanto, **2)** en el tratamiento subsecuente debía respetarse la voluntad de los padres de implementar tratamientos alternativos, siendo únicamente posible efectuar transfusiones en casos de urgencia o necesidad, esto es, cuando fuera necesario y como un *último recurso*.

Por lo tanto, a la luz del parámetro constitucional que se ha establecido, esta Primera Sala examinará **en primer lugar** si fue correcta la intervención efectuada por la Subprocuraduría en la autonomía familiar de la quejosa y las decisiones que se han implementado a partir de ella. En **segundo lugar**, se examinará si la determinación de que el tratamiento subsecuente respete la voluntad de los padres salvo en casos de urgencia o necesidad — como un “último recurso”— es conforme al derecho a la vida de . Como se verá, el examen conducirá a concluir que son **fundados** los

agravios expresados por las autoridades e **infundados** los agravios de la quejosa.

1. Examen de la intervención efectuada conforme al marco constitucional expuesto

De acuerdo con los médicos que recibieron a [Clara] el 19 de abril de 2017, la menor se encontraba en condiciones de urgencia. Tal como indicó la hematóloga al examinar a la niña, si no se tomaba una decisión pronta para autorizar las transfusiones sanguíneas *la menor no tenía posibilidades de sobrevivir esa noche*. Por lo tanto, en el caso sí se presentaba una premura importante que exigía de tomar una decisión de manera expedita para no poner en riesgo la integridad de la niña.

Ahora bien, previó a evaluar si fue correcta la actuación de las autoridades cuando la menor ingresó en condiciones de urgencia bajo el estándar descrito, es preciso hacer un recuento de lo que ocurrió aquel día 19 de abril de 2017. En ese sentido, es importante destacar que prácticamente **todos los hechos relevantes ocurrieron en cuestión de horas**.

Ese día 19 de abril de 2017, el Hospital Infantil de Especialidades del Estado de Chihuahua recibió a [Clara], una niña de 5 años de edad, perteneciente a la etnia rarámuri e inserta en una familia que profesa como religión la de Testigos de Jehová. [Clara] fue remitida al hospital de especialidades por su unidad médica al presentar como probable diagnóstico: leucemia linfoblástica aguda, una condición, que como se explicó, provoca una reducción importante de eritrocitos —células a cargo de transportar oxígeno a todo el cuerpo—, plaquetas —encargadas de la coagulación— y leucocitos sanos —asociados con la función inmunológica—, a causa de la reproducción indebida y desmesurada de células inutilizables (linfocitos).

Aproximadamente a las 14:00 horas, [Clara] fue recibida en el área de urgencias del hospital y sus primeros estudios clínicos —tomografía de

cráneo simple y contrastada; tomografía de cuello simple y contrastada; tomografía de tórax simple y contrastada; frotis de sangre periférica; gases sanguíneos arteriales; recuento de reticulocitos; proteína c reactiva; pruebas de funcionamiento hepático; electrolitos séricos; química sanguínea y biometría hemática— **daban cuenta que los niveles de células sanguíneas en la niña eran verdaderamente alarmantes.**

Ante este escenario, los médicos se **enfrentaron al desafío de confirmar el diagnóstico, fijar un tratamiento apropiado para la enfermedad, y estabilizar los niveles sanguíneos de [Clara].** Es importante destacar que el procedimiento oportuno para confirmar que [Clara] padecía leucemia linfoblástica consistía en la evaluación de una biopsia de médula ósea. Sin embargo, la confirmación del diagnóstico demoraría por lo menos un par de días. Así, *previo a obtener un diagnóstico confirmado*, los médicos tenían que *estabilizar a [Clara]*, por lo que una de las primeras estrategias que implementaron fue aplicar transfusiones sanguíneas para recuperar sus niveles de inmediato.

Con base en estas primeras conclusiones, la hematóloga ***** *informó* esta situación a los padres de [Clara], quienes en ese momento creían que su hija sólo tenía varicela. Así, [Luisa] y [Manuel] recibieron una noticia devastadora: [Clara] se encontraba en un grave estado de salud, con una necesidad inmediata de estabilizarla a través de transfusiones sanguíneas. La primera respuesta de los padres fue negarse rotundamente a dicho procedimiento, argumentando que la transfusión sanguínea, además de ser contraria a sus creencias religiosas, podría implicar un riesgo para la salud de su hija, por lo que solicitaron una medida alternativa.

En ese instante, los médicos enfrentaron una situación que superaba su facultades, ya que por una parte, se encontraba en peligro la vida de una niña de 5 años, con la convicción de que el tratamiento idóneo y accesible *para estabilizarla* era a través de transfusiones sanguíneas y por el otro, se encontraba su padres, que al pretender lo mejor para su pequeña hija, se oponían a dicho tratamiento.

Ante este panorama y sin el *consentimiento* de los progenitores, los médicos se *abstuvieron* de realizar el tratamiento de transfusiones sanguíneas. No obstante, esta delicada situación originó que las autoridades hospitalarias solicitaran la intervención de la Subprocuraduría de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos, Chihuahua.

La respuesta de la Subprocuraduría fue *inmediata*, pues en menos de un par de horas, se reunieron con los padres de [Clara] y con los médicos tratantes para tratar de comprender si la situación verdaderamente afectaba los derechos de salud o inclusive la vida de [Clara]. Derivado de esta reunión —a cinco horas del ingreso de [Clara]— la Subprocuraduría tenía claro, por lo menos, tres hechos: (i) [Clara], de 5 años, acababa de ingresar al área de urgencias del hospital con probable diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda; (ii) en la experiencia de los médicos, la menor necesitaba de manera inmediata y urgente transfusiones sanguíneas; y (ifiii) los padres de [Clara], se oponían a que se realizara ese tratamiento, pues consideraban que existía la posibilidad de aplicar un tratamiento alternativo.

De este modo, la Subprocuraduría decidió que efectivamente la vida de [Clara] podría colocarse en riesgo ya que en la experiencia de los médicos el tratamiento para estabilizarla era verdaderamente urgente, así, la autoridad de protección a la infancia decidió iniciar el procedimiento de protección, y una de las primeras medidas, fue tomar la representación en suplencia de la niña con el objetivo de autorizar el tratamiento propuesto por los médicos tratantes.

Es importante enfatizar que la Subprocuraduría, al iniciar el procedimiento administrativo, también ordenó continuar con la investigación de los hechos y precisó que eventualmente citaría a los progenitores para que realizaran las manifestaciones que estimaran convenientes.

De esta forma, bajo el *consentimiento* de la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos, aproximadamente a las 22:40 horas de ese día 19 de abril, los

médicos iniciaron el tratamiento de transfusión de concentrado eritrocitario y concentrado plaquetario.

Al evaluar esta sucesión de hechos, el Juez de Distrito consideró que la actuación del personal hospitalario y de la Subprocuraduría de protección a la infancia fue incorrecta y violatoria de diversos derechos de la quejosa.

A juicio del Juez: **(i)** los médicos tratantes realizaron prácticas discriminatorias y no garantizaron el derecho al consentimiento informado, a recibir información apropiada y a obtener una segunda opinión; y **(ii)** la Subprocuraduría asumió la tutela de [Clara] sin seguir el procedimiento de protección contenido en la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua y su decisión en realidad se basó en prácticas discriminatorias hacia la quejosa por sus creencias religiosas.

Esta Primera Sala estima que las conclusiones del Juez de Distrito son incorrectas y que la actuación del Estado fue oportuna para salvaguardar la integridad de la niña. Lo anterior, con base en las siguientes consideraciones:

Por lo que hace a la actuación del personal hospitalario, se debe precisar que los médicos tienen el deber de actuar con la mayor diligencia, respetando en todo momento la dignidad de los pacientes, cualquiera que sea su creencia religiosa, etnia, situación económica, orientación sexual, *inter alia*.

En esa línea, la Ley General de Salud prevé los derechos de los pacientes, entre los cuales destacan el de recibir un trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir si otorga o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médico y contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

De manera destacada los artículos 50, 51 bis 1, 51, bis 2 y 77, bis 37 fracciones V, VII, VIII y IX de la Ley General de Salud,⁹⁸ establecen el derecho al paciente de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud, sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; pero sobre todo, a decidir libremente sobre la aplicación de dichos procedimientos. Asimismo, los artículos 51 Bis 2 y 77, bis 37 fracción XI de la citada ley⁹⁹ establecen el derecho de los pacientes a contar con una segunda opinión médica, con la finalidad de evaluar el tratamiento y/o intervención. Finalmente, los artículos 51 y 77, bis 37 fracción III, también de la Ley General de Salud establecen

⁹⁸ Artículo 50 [Ley General de Salud]. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51 Bis 1 [Ley General de Salud]. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 51 bis 2. [Ley General de Salud]. Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Artículo 77 bis 37 [Ley General de Salud]. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

[...]

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

VII. Contar con su expediente clínico;

VIII. Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

[...]

⁹⁹ ARTICULO 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

ARTICULO 77 Bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

[...]

XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

[...]

el derecho de los pacientes a recibir un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares médicos.

En este contexto, el 19 de abril el personal del Hospital Infantil de Especialidades en Chihuahua se enfrentó a un caso en el cual una niña de 5 años corría el riesgo de perder la vida sino se le aplicaban de manera *urgente* transfusiones sanguíneas; esta necesidad se confrontó la oposición definitiva de sus padres a practicarle dicho tratamiento.

En esa medida, es claro que la petición de los médicos no se basó en razones étnicas o religiosas, sino en un dilema entre aplicar el tratamiento que estimaban correcto y la oposición de los padres.

Es preciso puntualizar que el Juez determinó que el personal médico había realizado prácticas discriminatorias porque previo a la solicitud de intervención, debieron verificar que los padres fueran omisos en el cuidado de su hija; evaluar si contaban con toda la información y determinar cuál era el estado de vulnerabilidad de los padres.

Al margen de que los padres sí tuvieron acceso a la información médica de la cual se disponía en ese momento, como más adelante se desarrollará, el personal médico enfrentó una situación crítica aquel 19 de abril entre las 6 y 11 pm. En ese sentido, el que los padres no fueran negligentes en el cuidado de su hija, o el hecho de que se encontraban bajo una situación emocional complicada, no puede servir como parámetro para evaluar si fue correcto que los médicos hubieran solicitado la intervención de la Subprocuraduría.

Efectivamente, si bien es cierto que los padres se mostraron profundamente preocupados por la salud de su hija, ello no relevaba al Hospital del deber indubitable de actuar con la mayor celeridad y diligencia para salvaguardar la vida y salud de la niña [Clara].

En ese sentido, esta Primera Sala entiende que el personal hospitalario no sólo *no* actuó de manera unilateral, sino que tenía el deber,

ante riesgo de que la niña perdiera la vida, de solicitar la intervención de la autoridad de protección al menor.

Es importante puntualizar que a lo largo de la demanda la madre manifestó que sintió presión por tomar una decisión médica que no deseaba por lo que se sentía verdaderamente vulnerada en sus creencias religiosas.

Esta Corte es sensible a la afición que la madre de la niña vivió aquel 19 de abril, al enterarse que la vida de su pequeña hija se encontraba en grave riesgo y que el tratamiento que los médicos les ofrecían para salvarla se confrontaba seriamente con sus convicciones religiosa.

No obstante, esta Corte observa que no existe ningún elemento o constancia que pudiera dar cuenta que la actuación del personal hospitalario hubiese atentado contra su dignidad o impulsaran actos discriminatorios por su religión o etnia. Es preciso recordar que la premura por tomar una elección radicaba precisamente en la urgencia de los médicos en salvaguardar la vida de [Clara].

Respecto a la **información proporcionada a los progenitores del estado de salud de [Clara]**, es importante destacar que los médicos tuvieron a su disposición la información relacionada con el estado de salud de la niña, de manera gradual, en la medida que avanzaban los estudios clínicos para confirmar el diagnóstico que presentaba. Por lo tanto, no es viable esperar, como se aduce en la sentencia de amparo, que desde el día uno los médicos estuvieran en posibilidades de proporcionarle a los padres una información detallada respecto del padecimiento de [Clara], su tratamiento y consecuencias.

Así, lo que puede exigirse a los médicos en materia de información sólo radica en que fueran comunicando a los padres los datos médicos que arrojaban los estudios clínicos, el tratamiento que estimaban idóneo, y la evolución de la niña.

En ese sentido, el día uno —19 de abril— los médicos sólo podían confirmar con certeza dos sucesos: (i) [Clara] *probablemente* padecía

leucemia linfoblástica aguda, y para confirmar ese diagnóstico tendrían que realizar una biopsia de médula ósea; y (ii) [Clara] presentaba alarmantes niveles en sus células sanguíneas, por lo que era urgente aplicar transfusiones de hemoderivados.

Estas conclusiones fueron **informadas** por la hematóloga ***** a los progenitores, reunión en la que la doctora también solicitó el consentimiento para iniciar el tratamiento de transfusiones sanguíneas. En efecto, en la demanda de amparo, [Luisa] reconoce que la hematóloga ***** le manifestó que *“la transfusión era muy urgente y que si no se aplicaba la niña podía no pasar la noche”*.¹⁰⁰

Posteriormente, y a quince días del ingreso de [Clara] —3 de mayo—, los médicos tuvieron los resultados del análisis de las muestras de médula ósea. Dichos resultados confirmaban el diagnóstico preliminar: la niña padecía leucemia linfoblástica aguda. Con este diagnóstico la hematóloga ***** , la trabajadora social del hospital y la Subprocuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños y Adolescentes del Distrito Judicial Morelos, se reunieron con los padres de [Clara] para informarles que el tratamiento que requería [Clara] era quimioterapia, indicándoles que las consecuencias del tratamiento, entre otras, era la posibilidad de continuar requiriendo transfusiones sanguíneas.

Lo anterior convalida que cuando [Clara] ingreso al hospital, los **médicos sí informaron** a los padres del probable diagnóstico de leucemia linfoblástica; la gravedad de la enfermedad y la imperiosa necesidad de realizar transfusiones sanguíneas. Asimismo, ello confirma que cuando los médicos tuvieron acceso al diagnóstico confirmado, le explicaron a los padres la enfermedad de [Clara], el tratamiento que requería y las posibles consecuencias derivadas de ello. Por lo tanto, es claro para esta Sala que

¹⁰⁰Lo anterior se desprende del Inciso b) del capítulo de antecedentes de la demanda de amparo [foja 5 del cuaderno de amparo]; de la nota de la trabajadora social [Foja 4 del juicio de amparo legajo de pruebas] y del oficio ***** , de 19 de abril de 2017, signado por ***** , en su carácter de médico pediatra del hospital Infantil de Especialidades, en ausencia del director de la clínica, ***** [foja 69 del cuaderno de suspensión]

los médicos no incumplieron con su deber de informar a los padres el estado de salud de su menor hija.

Respecto al **consentimiento informado**, se puede verificar que los médicos tampoco vulneraron este derecho, pues a partir del momento en que los progenitores manifestaron su oposición al tratamiento sugerido para la niña, los médicos se abstuvieron de aplicar transfusiones sanguíneas, hasta en tanto la autoridad competente resolvía si era idóneo tomar las decisiones medicas de la menor en suplencia de los progenitores.

Bajo este esquema, los médicos esperaron aproximadamente 6 horas para llevar a cabo el tratamiento de transfusiones sanguíneas, aun cuando consideraban que su aplicación era urgente; de esta forma, iniciaron el tratamiento hasta que la Subprocuraduría efectivamente otorgó su consentimiento.

Ahora bien, respecto a la restricción de acceder a una **segunda opinión**, del contenido de las constancias, esta Sala no advierte que los padres solicitaran una segunda opinión médica durante aquel día 19 de abril. Así, durante ese día los progenitores sólo manifestaron su oposición a realizar transfusiones sanguíneas, y que en su lugar, se llevará a cabo un tratamiento alternativo.

Cabe destacar, que fue hasta el día 3 de mayo de 2017, cuando los progenitores plantearon, por primera vez la posibilidad de buscar una segunda opinión médica respecto del tratamiento idóneo para su hija. Ante tal panorama, la hematóloga ***** accedió a la posibilidad de hablar con otro médico, con la petición de que este fuera de una especialidad similar a la de ella.

Así, un día después —el 4 de mayo de 2017— y a petición de la madre, el doctor ***** , con especialidad en hematología, realizó una interconsulta y valoración médica de la niña. El citado médico precisó que accedió al hospital con permiso del personal sanitario y administrativo, y que tuvo acceso a las notas médicas y al expediente clínico de la niña.

Lo anterior da cuenta que ni médicos ni el personal del Hospital vulneraron el derecho de los progenitores de solicitar una segunda opinión, pues en cuanto la quejosa decidió hacer efectivo ese derecho, el hospital le brindó las facilidades para que ello se llevara a cabo, tales como permitir que el médico que ella había contratado tuviera acceso al nosocomio, a las notas médicas, al expediente clínico y a la valoración de la niña.

De acuerdo con lo anterior, esta Primera Sala considera que la actuación del personal hospitalario fue adecuada y su petición de involucrar a la Subprocuraduría, no se basó en razones étnicas o religiosas, sino en un dilema entre aplicar el tratamiento que estimaban correcto y la oposición de los padres.

Respecto a la **actuación de la Subprocuraduría**, en primer lugar deben describirse los parámetros para llevar a cabo un procedimiento de protección del infante, contenidos en La Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

La legislación local establece que cualquier persona institución o autoridad que tenga conocimiento o presuma fundadamente la existencia de alguna conducta o hecho que vulnere derechos que pudieran afectar el desarrollo integral de algún menor tiene el deber de denunciarlo por cualquier medio y sin necesidad de formalidad alguna.¹⁰¹

Ahora bien, cuando esta denuncia se realice a la Procuraduría de Protección, esta se encuentra encargada de realizar las actuaciones que estimen necesarias para asegurarse de la existencia o no de la vulneración o restricción a sus derechos.¹⁰²

Una vez que la Procuraduría de Protección recibe una denuncia, esta se encuentra vinculada a indagar de manera inmediata sobre la veracidad

¹⁰¹ Artículos 164 y 167 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

¹⁰² Artículo 153, 164 y 165 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

de los hechos denunciados y determinar si existen elementos o razones para iniciar un procedimiento administrativo de protección.¹⁰³

Bajo este escenario, si de las primeras investigaciones realizadas, la autoridad aprecia que existen elementos para iniciar el trámite del procedimiento administrativo de protección, tomará la *representación en suplencia de los infantes involucrados*.¹⁰⁴

Lo anterior conlleva a que la Procuraduría pueda dictar *medidas de protección* con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los derechos de los menores que se encuentren en condiciones situación de *riesgo* o desamparo. Dichas medidas deberán tener como base el interés superior del menor, ser provisionales y tener un efecto inmediato.¹⁰⁵ Entre estas se incluye el rescate urgente o provisional cuando se encuentren en situación de desamparo.¹⁰⁶

En consonancia con el estándar constitucional establecido en el apartado III, la legislación aplicable define un riesgo como una situación en la cual el menor se ve afectado por cualquier circunstancia que perjudique su adecuado desarrollo personal, familiar o social y que permita razonablemente temer que en el futuro pueda estar incluso en una situación de desamparo.¹⁰⁷

Similarmente, la legislación establece que para determinar si se actualiza una situación de riesgo o desamparo, la Procuraduría de Protección se allegará de cualquier elemento de convicción derivado de investigaciones, entrevistas, documentos, dictámenes periciales u otros que sea posible obtener a través de los avances tecnológicos y podrá ordenar la práctica de exámenes médicos, toxicológicos, psicológicos, psiquiátricos y en general todos aquellos que se consideren necesarios para constatar la

¹⁰³ Artículo 168 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

¹⁰⁴ Artículo 7, fracción XXI y artículo 156

¹⁰⁵ Artículo 157 y 173 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

¹⁰⁶ Artículo 158 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

¹⁰⁷ Artículo 170 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

veracidad de los hechos y, en su caso, la gravedad de las conductas, siempre que estos no sean contrarios a la ley.¹⁰⁸

Asimismo, se precisa el deber de la Procuraduría de proporcionar el derecho de audiencia a quienes ejerzan la patria potestad, tutela, custodia o que tengan bajo su cuidado a niñas, niños y adolescentes, quienes podrán aportar los elementos de prueba que consideren pertinentes para establecer la pertinencia de algún tratamiento alternativo.¹⁰⁹

De la narrativa de los hechos ocurridos el 19 de abril de 2017 se advierte que la Subprocuraduría siguió adecuadamente los deberes constitucionales y legales establecidos para asumir la tutela de un menor. En efecto, las autoridades hospitalarias *solicitaron* la intervención de la Subprocuraduría, al considerar que el estado de salud de una menor de 5 años pudiera colocarse en una situación de riesgo, ello ante la negativa de sus padres de suministrarle un tratamiento específico.

Lo anterior convalida que la Subprocuraduría *no actuó de manera unilateral* simplemente porque la madre hubiese informado que era Testigo de Jehová, sino que su intervención se desarrolló ante la petición de las autoridades hospitalarias al presentarse una confrontación entre la opinión médica y la determinación de los padres.

Es importante destacar que la actuación de la Subprocuraduría fue *inmediata*, pues a horas de solicitar su intervención se reunió con los padres de la menor y los médicos tratantes a fin de *evaluar si existían elementos* para iniciar o no el trámite de protección.

Así, de las primeras investigaciones, la Subprocuraduría consideró que iniciaría el procedimiento administrativo de protección de [Clara], con apoyo en los siguientes motivos: (i) la menor tenía probable diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda; (ii) en la experiencia de los médicos el tratamiento médico idóneo para atender a la menor consistía en suministrar

¹⁰⁸ Artículo 176 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

¹⁰⁹ Artículo 181 Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

transfusiones sanguíneas; y (iii) los padres de la menor manifestaron su negativa al tratamiento.

Como consecuencia de lo anterior, la autoridad de protección a la infancia decidió iniciar el procedimiento de protección, y por lo tanto, tomó la representación en suplencia de [Clara] con la finalidad de elegir el tratamiento médico que salvaría la vida de la niña, hasta que se resolviera el procedimiento administrativo.

En conclusión, esta Sala advierte que la Subprocuraduría observó el estándar constitucional descrito en los apartados previos y no vulneró los lineamientos que establece la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua.

Por lo demás, la actuación del personal hospitalario y de la Subprocuraduría no se basó en prejuicios religiosos o étnicos sino en la necesidad de salvaguardar la vida de [Clara]. En efecto, el Juez de Distrito realiza una conclusión apresurada e injustificada cuando establece que el Estado sí realizó prácticas discriminatorias. En ningún aspecto del expediente se desprende que se haya realizado un trato diferenciado en contra de los padres de [Clara]. Recordemos que para que haya una situación de discriminación debe acreditarse en primer lugar la existencia de una distinción.

Como se observa en este caso, el procedimiento de tutela se hubiera realizado aun en el caso de los padres fueran de otra religión, o no fueran indígenas. En realidad, lo que motivó la serie de actuaciones de la autoridad fue la puesta en riesgo de la vida de la niña.

2. Examen del tratamiento subsecuente

En este apartado corresponde examinar la segunda parte de la decisión recurrida. El Juez de Distrito concluyó que en el tratamiento subsecuente de deberá respetarse la decisión de los progenitores de implementar tratamientos alternativos —como estimulantes de las células sanguíneas—, y únicamente en caso de ser “urgente o necesario”, esto es,

si los tratamientos alternativos fallaran y como último recurso, podrán implementarse transfusiones sanguíneas.

Esta Sala toma nota de que los padres de han pugnado en todo momento por aplicar a la niña estimulantes que permitan que ella produzca sus propios componentes sanguíneos. En ese sentido, la decisión del Juez altera el esquema terapéutico indicado a la menor de una forma en la cual no tendrá acceso a transfusiones sanguíneas, salvo cuando se encuentre en una condición de “urgencia”, “necesidad” o en una situación que su cuerpo demande de un “último recurso”. Esto significa que conforme al Juez de Distrito, la terapia de se basará esencialmente en tratamientos alternativos que sugieren los padres, con el acceso a transfusiones sanguíneas supeditado a que todo lo demás fracase.

Ante tal escenario, se debe evaluar si dicha alternativa es conforme a los derechos de . De acuerdo con el parámetro constitucional que se expuso esta determinación depende de una cuestión empírica: resolver si el tratamiento por el cual pugnan los padres es equiparable al tratamiento indicado para salvar la vida de la niña:

[Clara] sufre de leucemia linfoblástica aguda, una condición que provoca una reducción importante de eritrocitos —células a cargo de transportar oxígeno a todo el cuerpo—, plaquetas —encargadas de la coagulación— y leucocitos sanos —asociados con la función inmunológica—, a causa de la reproducción indebida y desmesurada de células inutilizables (linfocitos). El tratamiento indicado para esta condición es el uso de quimioterapia, lo que supone administrar regularmente a [Clara] una sustancia tóxica que elimina a los linfocitos enfermos y eventualmente mitiga su reproducción (*remisión*).

Con todo, los efectos tóxicos de la quimioterapia también alcanzan a las células sanguíneas saludables y atenúan la capacidad de la médula ósea para reproducirlas (*mielosupresión*). En esa medida, el esquema

terapéutico indicado incorpora no sólo una estrategia encaminada a paliar la leucemia, sino también la posibilidad de suministrar transfusiones sanguíneas para mantener los niveles celulares estables frente a las oleadas supresivas.

En el presente caso, los padres de [Clara] se han opuesto a que se realicen transfusiones sanguíneas a la niña a fin de incrementar sus niveles de eritrocitos, leucocitos y plaquetas. En su lugar, los padres pugnan por un esquema terapéutico que *excluya* la posibilidad de suministrar transfusiones, y en el que se empleen exclusivamente ciertas sustancias (eritropoyetina, trombopoyetina) que pueden estimular la capacidad de la médula ósea para producir nuevamente células sanguíneas sanas (*hematopoyesis*).

Esta Corte comprende que los padres de [Clara] de ninguna manera desean poner en riesgo a su hija. Como se relató, la oposición de los padres está sustentada en las creencias de su religión, los Testigos de Jehová, quienes entienden que la Biblia prohíbe categóricamente a los seres humanos el uso de sangre de cualquier forma y por cualquier vía.

Con todo, esta Primera Sala toma nota de que la leucemia es una patología severa que puede tener repercusiones devastadoras en la salud de la niña. Tanto la leucemia como la quimioterapia pueden destruir las células saludables y asolar su capacidad de regeneración.¹¹⁰ Enfrentados a este desafío, los médicos emplearon la estrategia terapéutica recomendada científicamente para estos casos, que a la par de combatir la leucemia (mediante vincristina), incorpora la posibilidad de transfundir sangre cuando así lo demande el cuerpo de [Clara].

Ante este delicado escenario, para esta Corte es especialmente complejo aceptar un tratamiento *alternativo* al esquema indicado, como lo desean los padres de [Clara]. Sin embargo, su autonomía para decidir sobre su familia no puede ser desplazada sin mayor soporte.

¹¹⁰ Manuel Antonio López Hernández y Eduardo Ustarez López, *Dosis altas de eritropoyetina β semanal en pacientes con leucemia aguda linfoblástica en remisión, que reciben quimioterapia; efecto en sus requerimientos transfusionales*, Medicina Interna de México, Volumen 24, núm. 6, noviembre-diciembre 2008, pág.376.

Como se estableció previamente, esta Sala entiende que cuando los padres se opongan a la decisión médica de suministrar un tratamiento recomendado por la ciencia médica para tratar un padecimiento que coloque en riesgo la vida de un menor y pretendan reemplazarlo por un tratamiento alternativo, **su propuesta no debe resultar inferior (menos segura, confiable o efectiva) que el tratamiento acreditado para recuperar la salud del menor.** Ello implica que pueda corroborarse científicamente la capacidad y la seguridad del tratamiento alternativo.

Es decir, para que subsista la decisión de los padres de [Clara] es preciso que un esquema de quimioterapia como aquél por el que pugnan — uno que *excluya* por completo la posibilidad de administrar transfusiones sanguíneas y esté basado *únicamente* en estimulantes de la producción sanguínea como la eritropoyetina—, cuente con un soporte de la ciencia médica igual o semejante a la del tratamiento idóneo.

Al respecto, las transfusiones sanguíneas —el tratamiento estándar para acompañar la quimioterapia en estos casos—,¹¹¹ tienen un efecto benéfico inmediato para reestablecer los niveles de sangre.¹¹² En contraste, los estimulantes de la sangre dependen de que la médula ósea del paciente conserve la capacidad adecuada de producir células sanguíneas por sí misma.

En esa medida, la literatura especializada señala que el tratamiento de pacientes con leucemia aguda sin poder emplear transfusiones supone un enorme desafío para los médicos.¹¹³ La quimioterapia intensiva para tratar la leucemia linfoblástica aguda no alcanza niveles elevados de

¹¹¹ Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica, Tratamiento de la Leucemia Aguda Linfoblástica de Nuevo Diagnóstico (para mayores de 1 año y menores de 19 años). Recomendaciones terapéuticas LAL/SEHOP-PETHEMA 2013. Versión 2.0.

¹¹² H. Ludwig, *Epoetin in cancer-related anemia*, *Neprology Dialysis Transplantation*, 1999, 14 (Suppl 2):85-92.

¹¹³ Krzysztof Chojnowski et al., *Long-lasting extreme anemia during the therapy of acute lymphoblastic leukemia in a Jehovah's Witness patient*, *Transfusion Practice*, Vol. 56, octubre de 2016.

remisión y supervivencia *sin* la transfusión de componentes sanguíneos.¹¹⁴ Además, la cantidad y la calidad de la evidencia para sostener el uso de los tratamientos alternativos a la transfusión varían significativamente y depende, en gran medida, de las capacidades hospitalarias y médicas a las que tenga acceso un paciente en particular.¹¹⁵ Por lo tanto, la literatura indica que la eritropoyetina debe suministrarse con gran cautela.¹¹⁶

En esta línea, el uso particular de la eritropoyetina *en sustitución* de las transfusiones es controversial.¹¹⁷ Aunque ciertos estudios han reportado que con eritropoyetina mejora la calidad de vida de los pacientes recibiendo quimioterapia, otros estudios dan cuenta de un escenario preocupante.¹¹⁸

En un estudio con 51 pacientes comparando el uso de estimulantes eritropoyéticos con tratamiento placebo o estándar mostró un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso (formación de coágulos en la sangre) y mortalidad en los pacientes que consumieron los estimulantes de sangre.¹¹⁹ Un estudio de 2012 con 91 pruebas arrojó resultados similares.¹²⁰

Asimismo, en un metaanálisis de 2006 con una población estudiada superior a 9,000 pacientes encontró que si bien la eritropoyetina es útil para incrementar las concentraciones de hemoglobina, también aumenta el riesgo de un evento tromboembólico en una medida significativa.¹²¹ Además, la literatura reporta que la eritropoyetina comporta el riesgo de incrementar las células malignas: así, estudios han dado cuenta de

¹¹⁴ American Journal of Hematology, Letters of Correspondence, 60:167-179, 1999.

¹¹⁵ Carlton D. Scharman et al., Treatment of individuals who cannot receive blood products for religious or other reasons, American Journal of Hematology, 2017; 92: 1370-1381.

¹¹⁶ Manuel Antonio López Hernández et al., op. cit., pág. 379.

¹¹⁷ Ibid, pág. 1377.

¹¹⁸ Witzig TE, Silberstein PT, Loprinzi CL, et al. Phase III, randomized, double-blind study of epoetin alfa compared with placebo in anemic patients receiving chemotherapy. JCO. 2005;23(12):2606–2617; Osterborg A, Brandberg Y, Molostova V, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of recombinant human erythropoietin, epoetin beta, in hematologic malignancies. JCO. 2002;20(10):2486–2494.

¹¹⁹ Bennett CL, Silver SM, Djulbegovic B, et al. Venous thromboembolism and mortality associated with recombinant erythropoietin and darbepoetin administration for the treatment of cancer-associated anemia. Jama. 2008;299(8):914–924.

¹²⁰ Tonia T, Mettler A, Robert N, et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12: Cd003407

¹²¹ Bohlius J, Wilson J, Seidenfeld J, Piper M. Erythropoietins and cancer patients: Updated meta-analysis of 57 studies including 9353 patients. Journal of the National Cancer Institute 2006;98(10):708-14.

crecimiento tumoral y disminución de la supervivencia en leucemias agudas linfoblásticas en un estudio con 150 pacientes.¹²²

Por otra parte, al analizar un total de 43 estudios publicados, la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) —en los lineamientos que emitió para emplear eritropoyetina en pacientes anémicos a causa de cáncer— reportó que la eficacia de la eritropoyetina está sujeta a numerosos condicionantes y que son necesarios mayores estudios que investiguen los factores predictivos para su uso. En esta línea, la EORTC destacó que no existe suficiente información para determinar el efecto en la supervivencia después del tratamiento de quimioterapia con eritropoyetina, en tanto la mayoría de los estudios no son conclusivos, omiten mostrar un vínculo claro entre el uso de la eritropoyetina y la supervivencia, además de que existen conclusiones conflictivas o contenciosas en el campo.¹²³

Por lo demás, en los estudios que son más favorables al tratamiento *sin transfusión*, se señala que la eritropoyetina es útil en tanto reduce en algún grado la necesidad de los pacientes de recibir transfusiones, sin postular en ningún momento que resulte adecuado un esquema terapéutico que *excluya* absolutamente las transfusiones como una medida disponible.¹²⁴ Así, un estudio en 14 pacientes menores de edad con leucemia linfoblástica que son hijos de Testigos de Jehová señala que es posible implementar un régimen *limitado* de transfusiones sanguíneas, sin excluirlas enteramente del esquema terapéutico.¹²⁵

¹²² Brower V., Eritropoietin may impair, not improve, cancer survival. *Nat Med* 2003; 9(12): págs. 1439-1440.

¹²³ C. Bokemeyer et al., EORTC Guidelines for the use of erythropoietic proteins in anaemic patients with cancer: 2006 update, *European Journal of Cancer* 43 (2007) págs. 258-270.

¹²⁴ N. Abdelrazik y M. Fouda, Once weekly recombinant human erythropoietin treatment for cancer-induced anemia in children with acute lymphoblastic leukemia receiving maintenance chemotherapy: a randomized case-controlled study, *Hematology*, December 2007;12(6): págs. 533-541; Maria E. Cabanillas et al., Epoetin Alpha Decreases the Number of Erythrocyte Transfusions in Patients With Acute Lymphoblastic Leukemia, Lymphoblastic Lymphoma, and Burkitt Leukemia/Lymphoma: Results of a Randomized Clinical Trial, *Cancer*, Vol. 118, núm. 3., febrero 1, 2012, págs. 844-855.

¹²⁵ Tenenbaum T. Et al., Oncological management of pediatric cancer patients belonging to Jehovah's Witnesses: a two-institutional experience report, *Onkologie*, 2004, 27(2):131-7.

Estas conclusiones se ven confirmadas por lo expresado por especialistas en el caso. Efectivamente, el Centro Estatal de Cancerología de Chihuahua puntualizó que, de acuerdo con su padecimiento, tenía probabilidades de vida cercanas al 90%, siempre y cuando se siguiera el esquema de quimioterapia, aunado al tratamiento sostén: transfusiones de componentes sanguíneos.

La especialista fue enfática en que el uso de componentes sanguíneos era fundamental, imprescindible y superior al uso de algunos factores estimulantes como la eritropoyetina y agentes trombopoyéticos, ya que debido al mecanismo de acción de estos fármacos —aproximadamente 7.5 días— su efecto sería demasiado retardado para alcanzar las condiciones necesarias para iniciar el tratamiento de quimioterapia.¹²⁶

En contraste, la opinión médica que proporcionaron los padres recomienda el tratamiento alternativo únicamente con base en: “*los riesgos a largo plazo que conllevan las transfusiones sanguíneas*”, sin precisar a qué tipo de riesgos se expondría a la menor o alguna razón adicional que respaldara la sustitución de las transfusiones sanguíneas. Más aun, el médico concluyó que sin importar si se aplicaban componentes sanguíneos o tratamientos alternativos, el pronóstico de vida continuaba siendo el mismo.

De acuerdo con todo lo anterior, esta Sala considera que la determinación del juzgador no protege el interés superior de la niña [Clara]. Por el contrario, esta decisión coloca en riesgo su vida, en la medida en la que obliga a los médicos a emplear un método inferior al tratamiento idóneo, que condiciona su recuperación a se someta a una situación *crítica, urgente o terminal*, en la cual pueda deteriorarse su salud y la última posibilidad sean las transfusiones sanguíneas.

Esta Sala debe ser sensible a los devastadores efectos de la leucemia y al hecho de que la niña tiene que resistir intensas oleadas de quimioterapia. Considerando la eficacia del tratamiento que es

¹²⁶ Fojas 198 a 203 del cuaderno del incidente de suspensión.

habitualmente indicado en comparación con la controversia científica sobre los estimulantes y sus riesgos, esta Corte no se ve persuadida de que un tratamiento que excluya las transfusiones cuente con un soporte de la ciencia médica igual o semejante a la del tratamiento acreditado como el idóneo conforme a la *lex artis*. Por lo tanto, esta Sala no puede aceptar que el tratamiento alternativo resulte acorde con el interés superior de la menor.

Con base en lo anterior, deben subsistir el procedimiento administrativo y la tutela provisional de la Subprocuraduría tal como la asumió dicha autoridad: con la finalidad de autorizar los tratamientos médicos que sean necesarios para que cuente con las mejores posibilidades de salvar su vida y recuperar su salud.¹²⁷ En este contexto, cualquier intervención de la autoridad —ya sea en ejercicio de su tutela provisional, o bien de la tutela que pudiera asumir una vez concluido el procedimiento administrativo— deberá obedecer fundamentalmente a las necesidades médicas de la menor, y por lo tanto, ser transitoria y pertinente para mitigar un riesgo a su salud.

Resolución

En esta sentencia se estableció que el Estado puede intervenir en la autonomía familiar cuando advierta que se coloquen en riesgo la vida o la salud de un menor de edad. En casos como el presente, esto se actualiza si debido a sus creencias religiosas los padres pretenden impedir que se le aplique a un menor el tratamiento idóneo de acuerdo con la ciencia médica para preservar su vida.

Como se relató, el Juez de Distrito concluyó que **1)** la Subprocuraduría no había tenido bases suficientes para asumir la tutela sobre la menor, y que, por lo tanto, **2)** en el tratamiento subsecuente debía respetarse la voluntad de los padres de implementar medidas alternativas,

¹²⁷ Lo anterior se desprende del auto de radicación 234/2017 de 19 de abril de 2017, signado por la Procuradora de Protección Auxiliar de Niñas, Niños, y Adolescentes. [Foja 70 y 71 del cuaderno del incidente de suspensión].

siendo posible efectuar transfusiones *únicamente* en casos de urgencia o necesidad, esto es, cuando fuera necesario y como un último recurso.

Esta Primera Sala estima que son **fundados** los agravios de la *Subprocuraduría*, del *Representante Especial del Menor* y del *Ministerio Público*, puesto que **(i)** el diagnóstico de posible leucemia linfoblástica aguda en una menor de edad **(ii)** la inmediata necesidad de que [Clara] recibiera transfusiones sanguíneas para salvar su vida a juicio de los especialistas y **(iii)** la negativa de sus padres a que se realice dicho tratamiento, ameritaban la intervención del Estado.

Asimismo, son **fundados** los agravios del *Ministerio Público* en el sentido de que la decisión recurrida vulnera los derechos a la vida y salud de la niña, porque impide que los médicos puedan aplicar a el procedimiento médico oportuno cuando sea necesario. Tal como se estableció, esta Primera Sala no se ve persuadida de que un esquema en el que el tratamiento idóneo se utilice como un “*último recurso*” proteja adecuadamente la salud y la vida de .

tiene derecho a que su tratamiento en curso cuente con las medidas que mayores probabilidades tengan de derrotar a la leucemia y mitigar los riesgos que conlleva para su vida. Esto significa que el esquema terapéutico de la menor contemple la posibilidad de acceder a transfusiones sanguíneas si su organismo así lo requiere según la experiencia médica, sin que ello implique que *deba* recibir transfusiones de manera innecesaria, caprichosa o superflua. Por mayoría de razón, son **infundados** los agravios de la quejosa en el sentido de que las transfusiones debieron ser restringidas totalmente.

Debido a que la *Subprocuraduría* tomó la decisión más apropiada en las circunstancias de urgencia en las que ingresó [Clara] al hospital con el fin de mitigar el riesgo en el que se encontraba su vida; considerando que aquella y el personal médico han respetado los parámetros que rigen su conducta al intervenir en la privacidad familiar; y con base en que en el contexto médico una niña tiene derecho a recibir *siempre* el tratamiento que

mejores probabilidades tenga de salvar su vida, esta Suprema Corte entiende que son **infundados** los agravios de la recurrente, por lo que lo conducente es **revocar** la sentencia recurrida y **negar** el amparo.

Como consecuencia, debe continuar el procedimiento administrativo de protección de menores que inició la Subprocuraduría y subsistir la tutela provisional que se asumió paralelamente, en el entendido de que cada intervención que se efectúe —ya sea en ejercicio de la tutela provisional, o bien de la tutela que eventualmente se asuma una vez concluido el procedimiento administrativo— deberá estar condicionada a la finalidad de autorizar los tratamientos médicos que sean necesarios para estabilizar a la niña y, en ese sentido, estrictamente justificada sobre la base de un riesgo para la salud de la menor de edad.

Así, es claro que la facultad de intervenir en la autonomía familiar deberá ser transitoria y obedecer rigurosamente a las necesidades sanitarias de la menor, lo cual desde luego implica no autorizar transfusiones sanguíneas de manera superflua, abusiva, innecesaria ni ociosa, sino exclusivamente cuando el organismo de la niña lo requiera conforme a la experiencia médica y, en definitiva, no como un último recurso para salvar su vida.

Esta Corte subraya la importancia de que las autoridades implicadas continúen encaminando todas sus actuaciones hacia el mejor interés de [Clara], y observando *en todo momento* los parámetros que les son exigibles al intervenir en la privacidad familiar; específicamente limitando sus competencias a la autorización de transfusiones sanguíneas en caso de que los médicos tratantes lo estimen necesario para la salud de [Clara], recordando que el tratamiento debe suministrarse bajo su estricta y minuciosa supervisión y otorgando siempre un trato digno, incluyente y respetuoso a los padres de [Clara].

Asimismo, es crucial que el procedimiento de protección que se encuentra pendiente de resolución refleje las medidas y conclusiones de esta sentencia, y que su desenlace no comprenda aspectos más amplios a los que esta Sala ha determinado.

Por lo anteriormente expuesto, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación,

R E S U E L V E:

PRIMERO. En la materia de la revisión, se **revoca** la sentencia recurrida.

SEGUNDO. La Justicia de la Unión **no ampara ni protege** a [Luisa], por su propio derecho, y en representación de su menor hija, contra el acto reclamado a las autoridades responsables señaladas en el apartado uno de esta sentencia.

Notifíquese con testimonio de esta resolución y, en su oportunidad, archívese este toca como asunto concluido.

Así lo resolvió la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por mayoría de cuatro votos de los señores Ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea (Ponente), Jorge Mario Pardo Rebolledo, quien se reservó el derecho de formular voto concurrente, Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, quien se reservó el derecho de formular voto concurrente, y Presidenta Norma Lucía Piña Hernández, quien se reservó el derecho de formular voto concurrente. Contra el emitido por el Ministro José Ramón Cossío Díaz quien se reservó el derecho de formular voto particular.

Firman la Presidenta de la Sala y el Ministro Ponente con la Secretaria de Acuerdos, que autoriza y da fe.

PRESIDENTA DE LA PRIMERA SALA

MINISTRA NORMA LUCÍA PIÑA HERNÁNDEZ

PONENTE

MINISTRO ARTURO ZALDÍVAR LELO DE LARREA

SECRETARIA DE ACUERDOS

LIC. MARÍA DE LOS ÁNGELES GUTIÉRREZ GATICA

En términos de lo previsto en los artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como en el Acuerdo General 11/2017, del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicado el dieciocho de septiembre de dos mil diecisiete en el Diario Oficial de la Federación, en esta versión pública se suprime la información considerada legalmente como reservada o confidencial que encuadra en esos supuestos normativos. **CONSTE.**

AMIO/MOCS/LNNR