

RECOMENDACIÓN NO. 93/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA, ASÍ COMO EL DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1 EN EL HOSPITAL GENERAL “QUERÉTARO” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN QUERÉTARO, QUERÉTARO.

Ciudad de México, a 29 de abril de 2022

**DR. PEDRO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/2801/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68 y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3,9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora pública	PSP
Carpeta de Investigación radicada en la Fiscalía General de la República	Carpeta de Investigación

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con acrónimos o

abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre	Siglas. acrónimo y/o abreviatura
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Comisión Nacional, Organismo Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General “Querétaro” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Querétaro, Querétaro.	Hospital General
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS.

5. El 12 de marzo de 2019, a las 11:44 horas, V1, mujer de entonces 36 años, quien cursaba un embarazo de 39.6 semanas de gestación, ingresó al Hospital General, para observación, ya que presentaba síntomas de trabajo de parto y fuertes dolores, permaneciendo bajo vigilancia durante la mañana de esa fecha.

6. V1 describió que a las 15:00 horas fue atendida por AR1, a quien percibió estresada y enojada ya que durante el parto la trató de manera violenta, presionándola para que pujara, al referirle: *“ni creas que te voy a hacer cesárea”, “si no nace tu hijo por parto natural puede nacer deprimido y con secuelas de por vida, además ya está en riesgo”, “si no cooperas te vas a quedar sola porque me tengo que ir y no hay más doctores, yo soy la única”, mencionándole además “si sigues sin cooperar te voy a tener que sacar la matriz”.*

7. Agregó V1 que debido a que los dolores que cursaba eran insoportables, no le era posible continuar con la labor de parto, por lo que VI2 su esposo firmó la autorización para llevar a cabo la cesárea, sin embargo, AR1 continuaba ejerciendo violencia psicológica y verbal en su agravio.

8. A las 17:40 horas de ese mismo día, se practicó a V1 una episiotomía, y para extraer a VI1 AR1 empleó fórceps, siendo el caso que, aunque se aplicó anestesia a V1, ésta refirió sentir dolor; durante la intervención, sufrió también un desgarro de tercer grado y presentó hemorragia severa, requiriendo una transfusión de sangre.

9. Durante el parto, a las 17:54 horas presentó un cuadro de atonía uterina e ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN); con motivo de ello fue necesario que se le realizara una histerectomía¹ y salpingooforectomía².

¹ Cirugía para extirpar el útero.

² Cirugía para extirpar uno o ambos ovarios y trompas de falopio.

10. V1 describió en su queja que, con posterioridad al parto, nuevamente sufrió hostigamiento y violencia psicológica por parte de AR1, preguntándole si ya había sido atendida por la psicóloga, manifestando molestia al contestar la peticionaria que no había recibido tal atención.

11. VI1 evolucionó favorablemente y egresó del Hospital General junto con V1 el 21 de marzo de 2019. V1 y VI2 consideran que la negligencia médica por parte del personal del Hospital General les causó afectaciones irreversibles, particularmente la imposibilidad de tener hijos o hijas, a la negligencia médica por parte del personal del Hospital General.

12. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente CNDH/4/2019/2801/Q; para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y VI1 integrados en el Hospital General con motivo de la atención brindada a V1, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

13. Escrito de queja de V1, presentado en este Organismo Nacional el 25 de marzo de 2019, en el que describió hechos presuntamente violatorios de derechos humanos imputables a personal del Hospital General, donde se le brindó seguimiento de parto y debido a una inadecuada atención “*se le retiró la matriz y los ovarios*”.

14. Acta circunstanciada de 29 de marzo de 2019, en la cual se hizo constar la comunicación telefónica realizada con VI2, quien informó que tanto V1 como VI1 se

encontraban en buen estado de salud y que por los hechos presentaron una “denuncia penal”, cuyos datos aportarían con posterioridad.

15. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/2982-4/19, de 23 de julio de 2019, mediante el cual el ISSSTE rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional y remitió:

15.1. Oficio 022-206-209/2019 de fecha 19 de junio de 2019 a través del cual el Subdirector Médico del Hospital General aportó el informe solicitado a ese nosocomio, en el que, entre otros aspectos se informó sobre la integración de la Carpeta de Investigación en la Fiscalía General de la República.

15.2. Informe sin fecha rendido por la Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Hospital General en el cual se describe la cronología de atención brindada a la peticionaria en el Hospital General.

15.3. Informe de 12 de junio de 2019, rendido por AR1 sobre su intervención en la atención médica de V1 en el Hospital General.

15.4. Informe de 12 de junio de 2019, mediante el cual SP1 informó lo relativo a su participación en la aplicación de anestesia a V1 durante su trabajo de parto en el Hospital General.

15.5. Informe de 12 de junio de 2019, suscrito por SP2, por medio del cual aportó información sobre su participación en el retiro del catéter peridural a V1 con posterioridad al parto.

15.6. Informe sin fecha suscrito por SP3, mediante el cual precisó su participación en la atención médica de V1.

15.7. Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General, sobre la atención de parto, del que destacan las documentales siguientes:

15.7.1 Nota de ingreso a Urgencias del Hospital General de V1 de 12 de marzo de 2019.

15.7.2 Hoja de Trabajo de parto (partograma) de V1 de 12 de marzo de 2019, sin nombre ni firma.

15.7.3 Nota de Anestesiología sin fecha, del mes de marzo de 2019 a las 10:00 horas.

15.7.4 Notas médicas sin fecha suscritas por AR1 sobre la atención brindada a V1, en las cuales obran los comentarios de AR2 y AR3.

15.7.5 Notas prequirúrgica y postquirúrgica de 13 de marzo de 2019 suscritas por AR1, sobre los procedimientos practicados a V1.

15.7.6 Nota de atención de parto de V1, de 12 de marzo de 2019, suscrita por AR1.

15.7.7 Consentimiento informado para aplicación de fórceps firmado por VI2, de 12 de marzo de 2019.

15.7.8 Nota del servicio de anestesiología de 12 de marzo de 2019, suscrita por SP1.

15.7.9 Registros de enfermería de 12 de marzo de 2019, sobre la atención de V1.

15.7.10 Nota médica de 13 de marzo de 2019, suscrita por AR1.

15.7.11 Informe anatomopatológico de 22 de marzo de 2019, suscrito por SP6 sobre el análisis realizado a los órganos extraídos a V1.

15.7.12 Registros de enfermería de 12 de marzo de 2019 de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General sobre la atención de V1.

15.7.13 Solicitud de interconsulta al servicio de Psiquiatría, suscrita por AR1, de 13 de marzo de 2019.

15.7.14 Nota de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos sin firma legible de 14 de marzo de 2019 a las 8:00 horas.

15.7.15 Notas de alta e indicaciones médicas de V1 del Hospital General, de fechas 16 y 17 de marzo de 2019 suscritas por SP5.

16. Oficio DNS/yC/SAD/JSCDQR/DAQMA/02817-4/21 de 9 de junio de 2021 mediante el cual el ISSSTE informó que el caso de V1 fue turnado al Subcomité de Quejas Médicas de ese instituto, para su análisis y emisión del proyecto de opinión técnica, y del estudio efectuado al respecto se determinó que no se encontró evidencia de deficiente atención médica ni dolo en la atención médica otorgada.

17. Opinión médica de 30 de julio de 2021, elaborada por personal médico especializado adscrito a este Organismo Nacional, respecto de la atención médica brindada a V1 y VI1 en el Hospital General en el ISSSTE, en la cual se concluyó la existencia de irregularidades en la atención médica de V1 por parte de ese nosocomio.

18. Acta circunstanciada de 25 de febrero de 2022, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con VI2, ocasión en la que se hicieron de su

conocimiento el contenido del informe rendido por el ISSSTE, así como las conclusiones de Subcomité de Quejas Médicas de esa institución; de igual forma se le dio vista de las conclusiones de la opinión emitida por personal médico especializado adscrito a este Organismo Nacional, en las que se determinó una inadecuada atención a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. Con motivo de la denuncia interpuesta por VI2, La Fiscalía General de la República integra la Carpeta de Investigación en la Agencia Séptima Investigadora en el Estado de Querétaro.

20. El ISSSTE informó que el caso de V1 fue sometido a consideración del Subcomité de Quejas Médicas de ese instituto, el cual en su Vigésima Sesión Ordinaria 2019, celebrada el 28 de octubre, resolvió el caso en sentido improcedente al considerar que “...no se encontró evidencia de deficiente atención médica, ni dolo en la atención médica otorgada por el instituto.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/2801/Q, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica, así como al proyecto de vida en agravio de V1, lo anterior, en razón de las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

22. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

Económicos, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que implican este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 *“Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud³.

23. La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre *“Salud y bienestar”*, se ha pronunciado en el sentido de “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”⁴.

24. Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), “[...] *establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”⁵, así como el derecho a disfrutar “[...] *de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”⁶, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con

³ “[...] *el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud*”. ONU, Observación General N° 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

⁴ ONU, CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. *“Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”*. Tercer Objetivo, Meta 3.1, pág. 13.

⁵ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

⁶ SCJN. Jurisprudencia administrativa, *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”*. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 registro 167530.

calidad, entendiendo ésta como “[...] *la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”⁷.

25. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres en su artículo 12.1, indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en último párrafo alienta a los Estados Parte a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

26. Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “[...] *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”⁸.

27. Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁹

28. Este Organismo Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los*

⁷ *Ídem.*

⁸ Ley General de Salud. Artículo 1 Bis.

⁹ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017.

servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad”¹⁰.

A1. DERECHO A LA SALUD MATERNA

29. El Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que “[...] *el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”¹¹ y que “[...] *es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles*”¹².

30. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha enfatizado que es “[...] *deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación*

¹⁰ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

¹¹ Ibidem Párrafo 1.

¹² Ibidem. Párrafo 27.

de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”¹³.

31. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud, “[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”¹⁴, por lo que “[...] al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”¹⁵.

A 2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE EL CASO DE V1

32. De manera inicial, y previo al análisis de las consideraciones médicas sobre el caso documentado en el presente pronunciamiento, este Organismo Nacional considera pertinente puntualizar la importancia del abordaje de los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, con un enfoque y perspectiva de género.

¹³ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹⁴ CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹⁵ *Ibídem*, párr. 181.

33. Lo anterior, con el propósito de no sólo visibilizar un tema médico que particularmente afecte a personas con capacidad de gestar, como un simple caso de negligencia médica o de impericia por parte del personal tratante, sino con la sensibilidad necesaria sobre las repercusiones y efectos irreversibles que las prácticas y decisiones del personal médico pueden motivar durante la atención obstétrica de las pacientes.

34. Atendiendo a ello, es pertinente que este Organismo Nacional otorgue relevancia a todos aquellos temas que involucren violaciones a los derechos humanos de las mujeres, cuyo impacto pudiera ser minimizado, pero que al ser colocados en un contexto de prácticas rutinarias, sistemáticas y deliberadas del personal médico, que suceden diariamente a gran escala en la práctica médica, conforman un claro indicio de los escenarios de desigualdad que son cotidianos y a los cuales deben enfrentarse las mujeres al acceder a los servicios de salud a cargo del Estado.

35. Por ello, para esta Comisión, resulta procedente emitir el presente pronunciamiento, relacionado con las afectaciones al derecho a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva y a la integridad personal, de una mujer de 36 años, a quien a pesar de existir alternativas médicas y quirúrgicas menos lesivas que implicaban una menor morbilidad para ella y su bebé, se colocó en un riesgo innecesario para su salud y se practicó un procedimiento irreversible y de impacto importante para su integridad física, ejerciéndose conductas de violencia en su agravio, en una etapa de especial vulnerabilidad como lo es el proceso de parto lo cual incide de manera directa en su integridad psicológica así como en su entorno social y proyecto de vida.

A.3 CONTROL PRENATAL DE V1

36. V1 al momento de los hechos contaba con 36 años edad, durante su embarazo recibió atención prenatal en la Unidad y Entidad Querétaro del ISSSTE, teniendo como antecedente una cesárea previa.

37. Inició su control prenatal con 22 semanas de embarazo y conforme a las evidencias del expediente clínico se confirmó que asistió a 3 consultas prenatales, en fechas 2 de octubre y 10 de diciembre de 2018 y 10 de enero de 2019, sin que se suscitara alguna circunstancia que incidiera en los hechos que se analizan, siendo el caso que la siguiente atención se otorgó el 12 de marzo de 2019 cuando asistió al Hospital General para recibir seguimiento de parto.

A.4 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1

38. El 12 de marzo de 2019, a las 11:44 horas, V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General, cursando un embarazo de 39.6 semanas de gestación por ultrasonido, con síntomas de inicio de trabajo de parto (dilatación y borramiento).

39. En la primera valoración, SP4 realizó la medición de la pelvis de V1, y se detectó que la medida del estrecho inferior pélvico (diámetro biisquiático) de V1 era de 10 centímetros, es decir inferior a lo definido en la disciplina médica como normal, (11 centímetros), circunstancia que conforme a la opinión médica de este Organismo Nacional se podía relacionar con el riesgo de un trabajo de parto obstruido.

40. Asimismo, se estableció que V1 presentaba “*espinas ciáticas prominentes*”, es decir puntos que representaban la parte más angosta de la pelvis y que cuando son prominentes pueden causar que el descenso del producto de la gestación sea más lento, por lo que también es un factor asociado al trabajo de parto obstruido.

41. En la citada valoración se observó que V1 se encontraba en fase activa de trabajo de parto, (dilatación de 7 centímetros), por lo que a las 12:24 horas ingresó a la Unidad Tocoquirúrgica del nosocomio, para su vigilancia y aplicación de anestesia.

42. A las 13:30 horas de ese mismo día, AR1 atendió a V1 e inició la conducción del trabajo de parto de V1 a base de oxitocina. Debido a ello la actividad uterina debía ser monitorizada de manera estrecha cada 30 a 60 minutos, a fin de prevenir complicaciones obstétricas como sufrimiento fetal y ruptura uterina, para verificar el número, duración e intensidad de la actividad uterina en 10 minutos.

43. Sin embargo en el presente caso, no obra evidencia de que se hubiese llevado a cabo tal monitorización, con lo cual se incumplió la NOM-007-SSA2-2016, por una inadecuada vigilancia del trabajo de parto de V1, con el riesgo de pasar inadvertidas las citadas complicaciones, aumentando así la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Cabe destacar que el partograma u Hoja de Trabajo de parto carece de nombre y firma del personal que realizó la vigilancia.

44. En lo subsecuente, se observó que las siguientes valoraciones efectuadas a V1 se realizaron a las 15:00, 16:00 y 17:00 horas, con dilataciones de 8, 9 y 10 centímetros respectivamente; no obstante, se omitió describir que se hubiese realizado el monitoreo de las contracciones uterinas cada 30 a 60 minutos, por lo cual no se documentó el número, duración e intensidad de la actividad uterina.

45. Ahora bien, en lo referente a la evolución en la dilatación de cérvix, se documentó en los registros realizados cada hora que V1 permaneció con 8 centímetros de dilatación desde las 13:00 a las 15:00 cuando debió evolucionar 1 centímetro cada hora.

46. Otro factor que debía ser monitoreado cada hora es el descenso de V1 por el canal de parto, conforme a lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-2016, sin embargo,

se omitió realizar el mismo a las 14:00, 15:00 y 17:00 horas, incrementando el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones como la detención del descenso, más aún cuando ya se había documentado que V1 presentaba disminución del diámetro biisquiático de 10 centímetros, cuando debía ser de 11 centímetros y la anotación de espinas ciáticas prominentes que se relaciona con un trabajo de parto obstruido.

47. Tales omisiones hacen evidencia de la inadecuada vigilancia y trabajo de parto de V1, por el personal médico a cargo de su monitorización, lo que incrementó el riesgo de pasar inadvertido el trabajo de parto obstruido y se relacionó directamente con las complicaciones obstétricas que posteriormente padeció V1, referentes a aplicación de fórceps, desgarro de tercer grado, atonía uterina, hemorragia obstétrica, histerectomía total y ooforectomía bilateral.

48. Refuerza lo anterior el hecho de que la posición fetal de VI1 en el canal de parto tampoco fue monitoreada cada hora conforme a lo dispuesto por la NOM-007-SSA2-2016, ya que no se valoró este parámetro desde las 12:00 hasta las 16:00 horas, confirmándose con ello la inadecuada vigilancia y monitorización del trabajo de parto.

49. Después de las 17:00 horas, sin que sea posible precisar la hora en la nota elaborada por AR1, V1 comenzó el periodo expulsivo o segundo periodo del trabajo de parto (con dilatación completa), sin embargo, los datos asentados por la citada médica no corresponden con la posición fetal de VI1, describiendo que en ese momento su posición era Occipital Anterior Izquierda, misma que se relaciona más bien con la posición de las 16:00 horas, cuando el borramiento era de 9 centímetros (90%) y no de 10 (100%) que corresponde a la dilatación completa, situación que confirma inconsistencias en el monitoreo, así como la inadecuada vigilancia y valoración del parto incrementando el riesgo de parto quirúrgico (cesárea) o instrumentado (uso de fórceps) u otro método operatorio (como histerectomía obstétrica).

50. En ese sentido, todo lo anterior cobra relevancia dado que a las 16:00 horas, V1 se encontraba en periodo expulsivo y AR1 estableció en sus notas que VI2 se encontraba en el II Plano de Hodge, dato distinto al asentado en el partograma, en el que a esa hora se le ubicó en el III Plano, es decir con menor descenso en el canal de parto o con presentación “*no encajada*”, por lo que considerando este dato en relación con el periodo expulsivo, se puede confirmar que se trataba de un trabajo de parto obstruido, situación que AR1 pasó inadvertida, aumentando el riesgo de cesárea, uso de fórceps e histerectomía obstétrica, mismos que AR1 sí presentó.

51. Con ello se confirma la inadecuada vigilancia y valoración a V1, así como el no haber considerado el parto obstruido que cursaba. Cabe destacar que en las notas elaboradas se asentó en diversas ocasiones “*paciente poco cooperadora*” “*no permite exploración física*” “*se explican riesgos de hipoxia perinatal...paciente no quiere firmar*” “*se explican riesgos de hipoxia neonatal, entiende y acepta*” “*...Deslinda de toda responsabilidad al personal médico y paramédico*”.

52. Al respecto, la opinión médica de este Organismo Nacional expresó que conforme a los estándares internacionales que rigen la actuación de los profesionales de salud, establecidos por la Asociación Médica Mundial, la Asociación Psiquiátrica Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras, existen códigos deontológicos y códigos de ética que es su deber respetar, siendo el caso que es una premisa fundamental el deber de actuar siempre en el interés del paciente, cualquiera que sea la limitación, presión, u obligación contractual.

53. Por tanto, participar de manera activa o pasiva en los malos tratos al paciente, es una violación a la ética de atención de la salud, hallarse presente ante malos tratos, supervisarlos o infligirlos vulnera los principios éticos de la actuación médica, consistentes en evitar el daño, ayudar al enfermo, proteger al vulnerable y no discriminar, teniendo como objetivo aliviar el sufrimiento y la angustia, respetando

los derechos de los pacientes. Tales valores, se encuentran reflejados en el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial, que dispone que el médico debe prestar sus servicios “con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana”.

54. Al respecto, es pertinente destacar, que según se observa de las constancias del expediente clínico, así como de las declaraciones expresadas en el escrito de queja de V1, cuando se encontraba en fase activa de trabajo de parto, en estado de mayor vulnerabilidad, el personal de salud AR2, y AR3 intentaron responsabilizar a V1 de las supuestas complicaciones de tipo hipóxico que pudiera sufrir el producto de la gestación, evidenciando un maltrato psicológico y un comportamiento carente de ética por parte del personal de salud antes mencionado que además era responsable de su cuidado y estado de salud, al propiciar que V1 firmara un documento para deslindarles de responsabilidades, al momento del proceso de parto.

55. Lo anterior aunado a que conforme a la opinión médica, respecto a las complicaciones referidas por AR2 y AR3, no se encontraba justificado hacer mención de las mismas, ya que el retraso del pujo materno y una prolongación del segundo periodo de trabajo de parto no se relaciona con resultados adversos neonatales.

56. Además, AR1 y SP3 describieron en sus notas sobre el seguimiento del trabajo de parto que cursaba V1, a las 15:30 horas *“se movía bruscamente en la cama, jalando los barandales, golpeando la pared con sus manos y se sentaba en la cama, jalando los barandales, golpeando la pared con sus manos, gritaba y se sentaba en la cama”* “16:00 horas: *“paciente inquieta, poco cooperadora, no atiende indicación de permanecer en decúbito dorsal; intenta levantarse en varias ocasiones”*

57. Sobre ello, la opinión médica de esta Comisión precisó que la fase activa del trabajo de parto es un periodo que se caracteriza por actividad uterina regular y dolorosa, por lo que en la experticia médica se han evaluado los efectos de alentar a las mujeres a asumir diversas posiciones verticales frente a las posiciones reclinadas durante la primera etapa del trabajo de parto, siendo el caso que la duración de este fue menor y se observó menor riesgo de nacimiento por cesárea; en atención a ello y considerando que V1 se encontraba en esta fase, los intentos que realizaba por levantarse u optar por sentarse en la cama eran posiciones verticales justificadas. Lo anterior se refuerza con el contenido de la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, que recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.

58. Retomando la evolución del trabajo de parto de V1, de acuerdo con los registros de partograma a las 17:00 horas, V1 inició el segundo periodo de trabajo de parto (expulsivo), que comienza con la dilatación completa y concluye con la expulsión del bebé, con una duración promedio de 1 a 2 horas con analgesia, sin embargo, AR1 describió en la nota elaborada en ese momento que V1 ya se encontraba en periodo de parto expulsivo prolongado, diagnóstico que al ser erróneo, se relaciona directamente con las complicaciones obstétricas maternas padecidas por V1 con posterioridad.

59. Es así, que a las 17:15 horas (nota prequirúrgica), AR1, con base en el diagnóstico erróneo de parto expulsivo prolongado, indicó el procedimiento operatorio de colocación de fórceps de salida justificando el mismo de la siguiente manera: *“paciente con embarazo de término, en periodo expulsivo; con poca cooperación durante las contracciones; quien ya ha pateado en múltiples ocasiones al personal médico y de enfermería; no quiere pujar impidiendo el nacimiento del producto al cerrar las piernas; se encuentra en condiciones para extracción del*

producto vía vaginal...pasa a sala de expulsión para aplicación de fórceps de salida”.

60. Al respecto, la opinión médica de este Organismo Nacional destacó que AR1 diagnosticó a las 17:00 y 17:15 horas un periodo expulsivo prolongado de parto, sin embargo para establecer tal diagnóstico V1 debía permanecer 2 horas en esa etapa, es decir hasta las 19:00 horas de ese día o incluso 4 horas, por lo que en consideración de esta comisión, a las 17:15 horas aún no se encontraba en periodo expulsivo prolongado y por lo tanto la indicación de usar fórceps no se encontraba justificada en ese momento.

61. Lo anterior, confirma la presión ejercida sobre V1 para acortar su proceso y evidencia la abreviación intencionada del segundo periodo del trabajo de parto (expulsivo) por parte de AR1, lo cual, conforme a la opinión médica de esta Comisión, permite afirmar que ello fue la causa directa de las complicaciones posteriores de V1: parto instrumentado con fórceps, desgarro de tercer grado, atonía uterina, hemorragia obstétrica, histerectomía y ooforectomía bilateral.

62. Cabe destacar, que AR1 no solicitó a V1 pujar a la par de las contracciones uterinas ni suspendió la analgesia para recuperar el pujo materno, como alternativas previas al uso de fórceps, omitiendo agotar todas las opciones terapéuticas antes de decidir el parto instrumentado, que a su vez incrementa la morbilidad y mortalidad materno fetal y complicaciones, que sí se presentaron.

63. Durante la aplicación de fórceps AR1 logró extraer a V1, realizó episiotomía y posterior a ello verificó la integridad del canal vaginal ubicando un desgarro de tercer grado, que reparó, sin embargo, en la nota elaborada por la citada médica omitió describir en qué momento realizó la episiotomía y la técnica aplicada, lo que impide conocer si esta fue realizada de manera adecuado o si contribuyó con la laceración que posteriormente presentó V1.

64. Retomando el hecho de que el uso de fórceps no se encontraba justificado en el caso, al no encontrarse V1 en periodo de expulsión prolongado ni indicaciones fetales o maternas para su uso, aunado a que no se consideró que la medición de la pelvis denotaba un diámetro bisquiático menor (10 cm) al normal (11 cm) y espinas ciáticas prominentes, ambos factores indicativos de un parto obstruido.

65. A las 17:54 horas se suscitó el nacimiento de VI1, con buen estado de salud, sin embargo, respecto a V1 se reportó que cursaba sangrado transvaginal abundante y se advirtió que presentaba atonía uterina¹⁶, con un sangrado de 3300cc.

66. La atonía uterina es una de las principales causas de muerte postparto, por lo que resulta de gran importancia un adecuado manejo de la misma, y establecer de manera detallada los procedimientos relacionados con la atención de cada etapa del parto para determinar las causas que pudieran provocar cualquier complicación.

67. En el caso particular, AR1 omitió describir en las notas elaboradas el tercer periodo del trabajo de parto o alumbramiento de placenta, lo cual impide conocer si existió retención de restos placentarios que causara la atonía uterina o si la tracción del cordón umbilical, obtención de placenta y sus características favorecieron la hemorragia postparto, omisión que incumplió la NOM-007-SSA2-2016.

68. AR1 aplicó oxitocina para el manejo de la atonía y la hemorragia sin éxito, debiendo proceder conforme a lo descrito en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y manejo de la hemorragia postparto a realizar el manejo mecánico estas complicaciones a través de compresión bimanual y/o aórtica, Balón de Bakri, pinzamiento de arterias, sutura compresiva de Hayman, ligadura de arterias hipogástricas y embolización arterial siendo todos los anteriores procedimientos que apoyan la detención de la hemorragia y disminuyen el impacto negativo en la fertilidad, con menor tasa de complicaciones y de histerectomía obstétrica. Sin

¹⁶ Hemorragia en el puerperio por la falta de contracción uterina.

embargo, AR1 omitió lo anterior procediendo directamente a la realización de una histerectomía total obstétrica¹⁷, lo que impactó la fertilidad de V1 de manera permanente e irreversible, al no haber agotado los métodos conservadores para controlar la hemorragia.

69. Es así que AR1 realizó la histerectomía obstétrica, ooforectomía bilateral¹⁸ y empaquetamiento vaginal, sin embargo omitió justificar el motivo por el cual extirpó ambos ovarios, procedimiento que se ha relacionado con menopausia inducida y afectación negativa de la fertilidad de una mujer y los correspondientes síntomas, riesgos y repercusiones hormonales según se describió en la opinión médica de esta Comisión Nacional, ya que se interrumpe de manera irreversible y permanente la función hormonal y reproductiva así como la fertilidad de la mujer.

70. En consecuencia, se observa que el 12 de marzo de 2019, AR1 no justificó la práctica efectuada respecto a la ooforectomía bilateral, ya que V1 no presentó complicaciones que la ameritaran, y sin embargo este procedimiento sí implica una menopausia inducida por remoción quirúrgica de ambos ovarios, que a su vez genera diversos síntomas tales como depresión, insomnio, irritabilidad, cansancio, bochornos o sofocos, sudoración, disminución del deseo sexual y dolor osteoarticular. Asimismo, con este procedimiento se incrementó el riesgo cardiovascular y de cáncer de mama, y en consecuencia la morbilidad y mortalidad de V1, así como su calidad de vida, quien al momento de los hechos contaba con 36 años de edad.

71. Una vez realizados los citados procedimientos, a las 22:45 horas del 12 de marzo de 2019, V1 fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) del citado nosocomio, y permaneció internada en recuperación hasta el 17 de marzo de 2019, cuando fue dada de alta con cita a consulta externa de Ginecología.

¹⁷ Extracción del útero.

¹⁸ Extracción quirúrgica de los ovarios.

72. En suma, durante la atención del parto, V1 recibió una inadecuada atención médica, lo que motivó que no se consideraran factores como las mediciones fuera de rango de su pelvis, relacionadas con trabajo de parto obstruido, así como la omisión de vigilancia y monitorización de parto cada hora, lo que propició que se pasara desapercibida la detención del descenso de V1 por el canal de parto.

73. Asimismo, la omisión de una correcta vigilancia del trabajo de parto favoreció que AR1 reportara de manera anticipada que este se encontraba en periodo expulsivo a pesar de que de acuerdo con el partograma aún se encontraba en fase activa, y con signos de ser un parto obstruido, lo que la citada médica pasó desapercibido, aunado a que no se cumplían con los criterios para diagnosticar un parto expulsivo prolongado y de forma inadecuada se realizó un parto instrumentado con aplicación de fórceps de salida, abreviando de forma intencionada el proceso de V1, lo cual trajo como consecuencia directa el desgarró de tercer grado, atonía uterina, hemorragia obstétrica, histerectomía y ooforectomía bilateral, procedimientos que causaron un impacto irreversible en la salud y estado físico de V1, con las correspondientes consecuencias ya descritas en el presente pronunciamiento.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1

74. El derecho a la integridad personal es aquél que tiene toda persona para no sufrir actuaciones que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento graves con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero.

75. La integridad personal es el bien jurídico cuya protección constituye el fin y objetivo principal de la prohibición de tortura, penas, y trato cruel, inhumano o degradante, previsto en los artículos 5, de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 7, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

76. El artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, establece que derecho a la integridad personal comprende la “*integridad física, psíquica y moral*”; por lo anterior, es considerado esencial para el disfrute de la vida humana y uno de los valores fundamentales de una sociedad democrática. Cabe precisar, que los órganos interamericanos tienden a analizar hechos relativos a la seguridad personal, a la luz del derecho a la integridad personal.

77. Además, está relacionado con el derecho a la protección de la salud, puesto que deben proporcionarse servicios de salud adecuados y oportunos de salud materna para garantizar el derecho a la integridad personal del binomio madre-hijo.

78. Al efecto, el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Observación General 20, reconoce que el derecho a la integridad personal protege a los individuos de daños físicos o mentales provocados o que puedan ser ocasionados por una multitud de acciones y omisiones tanto de las autoridades que hagan uso de sus potestades públicas.

79. En el caso que se analiza, resulta evidente que AR1 otorgó un manejo inadecuado al trabajo de parto de V1, abreviando de manera intencionada el nacimiento de VI1 mediante el uso de fórceps, causando con todo ello a V1 un desgarró de tercer grado, hemorragia obstétrica, atonía uterina y posteriormente a histerectomía y ooforectomía. Lo anterior sin aplicar durante esos procedimientos alternativas menos lesivas que pudieran favorecer la preservación de los órganos reproductivos de V1 y en consecuencia su fertilidad. En este procedimiento, se retiró de manera irreversible y permanente el útero y ovarios de V1, afectando no solo su integridad física, sino su estabilidad psicológica y psíquica, al tratarse de una mujer de 36 años, en edad reproductiva, quien se encontraba formando una familia junto con VI2, por lo que es importante considerar que además de la vulneración física, V1 padece las consecuencias emocionales de la inadecuada intervención médica.

80. Por todo lo anterior, ese Organismo Nacional confirma que AR1, omitió atender lo establecido en el artículo 1°, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en agravio de V1.

C. DERECHO DE ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1

81. La violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas.

82. En el ámbito internacional el derecho de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación, se encuentra consagrado en el artículo 3° de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, 5, 6 y 8, de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “*Belém do Pará*” estableciendo en particular en el numeral 7, inciso a) con relación al presente caso que: *“Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a) abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.”*

83. Asimismo, la Recomendación General 33 de la CEDAW sobre el acceso de las mujeres a la justicia y la Recomendación General 35 sobre la violencia por razón de

género contra la mujer, dan cuenta de la cultura de violencia y discriminación basada en el género, que propicia la violencia en su contra y de la cual, no escapan los ambientes hospitalarios.

84. El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, está previsto en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, que establecen la responsabilidad del Estado para “la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”; “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

85. La Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas autoritarias en las instituciones de salud redundan en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

86. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

87. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de

género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida.

88. En este sentido, dicho Organismo Internacional en el documento “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, declaró -respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud- que: *“El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*

89. El Relator contra la tortura de Naciones Unidas, ha señalado que: *“las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan asistencia médica por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo¹⁹. En el ámbito internacional de los derechos humanos se reconoce en grado creciente que los abusos y los malos tratos infligidos a mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género, considerando que “Los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos”.²⁰*

¹⁹ Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, UN Doc. A/HRC/22/53, 2013

²⁰ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016. Párr. 42.

90. Es pertinente destacar que la agresión verbal, el maltrato psicológico, la humillación, las faltas de respeto, son formas de violencia que han sido abordadas y condenadas por diversos organismos a nivel internacional y asimismo se han catalogado como prácticas profundamente arraigadas en los sistemas de salud, ya que se relacionan con las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las pacientes, en procesos en los que la mujer se encuentra en un alto estado de vulnerabilidad, como lo son el embarazo, el parto y el puerperio.

91. Al respecto, la CrIDH ha considerado que *“el estereotipo de género se refiere a una pre-concepción de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente. Teniendo en cuenta las manifestaciones efectuadas por el Estado, es posible asociar la subordinación de la mujer a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes, condiciones que se agravan cuando los estereotipos se reflejan, implícita o explícitamente, en políticas y prácticas, particularmente en el razonamiento y el lenguaje de las autoridades.... La creación y uso de estereotipos se convierte en una de las causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer”²¹.*

92. En ese sentido, es común normalizar algunas formas de violencia contra la mujer, como es la culpabilización de los posibles resultados desfavorables en el parto o las amenazas sobre consecuencias negativas en la paciente o su bebé. Tal supuesto se actualiza en el caso de V1, ya que conforme a lo descrito en su oculto de queja, así como de los propios informes de AR1, AR2 y AR3, es posible observar que de manera insistente se dirigieron a ella con expresiones verbales violentas, en las cuales se le informaba sobre los efectos hipóxicos (de asfixia) que podría sufrir su bebé, aún cuando V1 no se encontraba en periodo expulsivo sino en fase activa

²¹ “Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 401.

del trabajo de parto, sometiéndola a un daño y sufrimiento psicológico durante la etapa de gran vulnerabilidad como lo es el parto.

93. Asimismo, obra constancia de que se le hizo firmar un documento para deslindar al personal de la responsabilidad por el estado de salud de su bebé, como se observa de las notas médicas, de enfermería y los informes rendidos por AR1, AR2 y AR3, todo ello durante el desarrollo del parto.

94. Más aún, destacan las notas elaboradas por AR1, en las cuales asentó que V1 presentaba *“alteraciones psiquiátricas y tendencia a la agresión”*, respecto a lo cual, la opinión médica de este Organismo Nacional puntualizó que el manejo inapropiado de situaciones fisiológicas o de emergencia puede comprometer no solo la salud física de la madre sino también su bienestar emocional, por lo que este tipo de vivencias traumáticas propician una afectación psicológica en la mujer considerando que el parto por sus propias características puede resultar una experiencia dolorosa para la madre, e incluso para su pareja, más aún cuando el personal de salud contribuye a generar experiencias traumáticas o de estrés que violenten la integridad mental de las pacientes, tal como sucedió en el caso de V1.

95. A su vez, retomando las manifestaciones realizadas por V1 y el contenido de los informes de AR1, AR2 y AR3 sobre la presión ejercida para que V1 se mantuviera en posición horizontal durante la labor de parto, este Organismo Nacional reitera las consideraciones expresadas en la Recomendación General 31/2017 en referencia a la necesidad de transitar hacia un modelo de atención obstétrica con perspectiva de derechos humanos y de género, basado en las necesidades de las mujeres y sus hijos, con un enfoque humanizado, en donde se han destacado los beneficios del parto vertical, así como el respeto del libre movimiento y elección de postura por parte de la madre en el contexto de un parto respetado y libre de violencia.

96. Este Organismo Nacional retoma el análisis realizado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales en

relación con las formas de esterilización sin consentimiento que han sido calificadas tanto por el citado comité como por Tribunales Regionales tales como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, como formas de violencia de género contra la mujer que pueden causar daños físicos y psicológicos e incluso constituir tortura, o trato cruel, inhumano o degradante. Esto cuando la esterilización se da sin una justificación relacionada con la salud y sin su voluntad expresada mediante un consentimiento.

97. Este Organismo Nacional considera que el procedimiento practicado a V1, en el contexto en el que se ha descrito en el presente pronunciamiento, se relaciona con la sujeción a tratos crueles, inhumanos o degradantes, que debe ser considerada por el Estado al momento de reconocer, proteger y reparar en relación con las violaciones a sus derechos humanos.²²

D. DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE V1

98. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el segundo párrafo del artículo 4° de la Constitución: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*. Por su parte el artículo 16, numeral 1, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

²² Asamblea general 71/1/70 Naciones Unidas; Nota del Secretario General- de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubrava Simonovic. 11 de julio de 2019.

99. La CrIDH en el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica” señaló que los derechos reproductivos “*se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva*”. Además, sostuvo que: “*La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva*”²³.

100. Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que la decisión de las parejas de tener hijos, “*pertenece a la esfera más íntima de su vida privada y familiar*”²⁴. De igual forma, señaló que la construcción de dicha decisión es parte de la autonomía y de la identidad de una persona tanto en su dimensión individual como de pareja y, por tanto, se encuentra protegida por el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

101. En el presente caso, esta Comisión Nacional observó que la atención médica deficiente que se otorgó a V1, y que fue analizada en el apartado que antecede, tuvo una repercusión en la posibilidad para considerar un nuevo embarazo y también, a decidir el número de hijas e hijos, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que las irregularidades en la atención, vigilancia estrecha y seguimiento del trabajo de parto de V1 propiciaron la histerectomía y ooforectomía realizadas por AR1, lo que de manera indirecta afecta a VI2 por ser su pareja sentimental.

²³ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012, párr. 147 y 148. Invocado en las supracitadas Recomendaciones 58 y 61/2016, párrs. 71 y 109.

²⁴ Demanda de Gretel Artavia Murillo (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica, 29 de julio de 2011, párr. 76.

102. De este modo, AR1 al practicar a V1 dichos procedimientos quirúrgicos, es responsable de vulnerar su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de las hijas e hijos, así como su expectativa de formar una familia de manera libre.

103. Aunado a lo anterior, existían alternativas previas que AR1 pudo considerar, mas no se agotaron los tratamientos mecánicos y/o conservadores ya analizados en el apartado anterior, relacionados con manejo farmacológico y procedimientos mecánicos para controlar la atonía uterina que padeció V1, como son compresión bimanual o aórtica, balón de Bakri, pinzamiento de arterias uterinas, sutura compresiva de Hayman, ligadura de arterias hipogástricas, o embolización arterial, ello en razón del tipo de impacto que la histerectomía implicaba sobre la fertilidad de V1, mujer en edad reproductiva, de entonces 36 años, que con motivo de los hechos no puede ni podrá embarazarse nuevamente al haberse realizado una cirugía que afectó de manera irreversible su condición reproductiva, lo que evidencia la vulneración a su derecho a la libertad y autonomía reproductiva, pues repercutió en el derecho a decidir el número de hijas e hijos trasgrediendo con ello lo previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y de manera indirecta en agravio de VI2.

E. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA

104. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a AR1, causaron un daño al proyecto de vida de V1 y VI2, al limitarse el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, así como el derecho a decidir el número y espaciamiento de las hijas e hijos puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accederían a las mismas como madre y padre padres (V1 y V12). Al respecto, la CrIDH Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “el proyecto de vida” como “(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse

razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial (...)"²⁵

105. La Corte Interamericana se ha referido a aquella “pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”²⁶.

106. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica siempre económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

107. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de VI2, ya que durante los hechos y con motivo de las

²⁵ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148

²⁶ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos

afectaciones sufridas, se realizaron procedimientos que limitaron su capacidad reproductiva como pareja.

108. Respecto del análisis realizado en el apartado anterior, esta Comisión Nacional advirtió omisiones en la atención médica otorgada a V1 quien fue afectada en su estado emocional con motivo de la limitación permanente en su capacidad reproductiva derivada de la intervención quirúrgica de que fue objeto por lo que es indispensable que la autoridad recomendada efectúe un seguimiento médico y psicológico completo y estrecho.

109. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente en la reparación objeto de esta Recomendación, para poder otorgar una reparación integral que considere cada una de las aristas que debe incluir la reparación en el caso de V1.

110. VI23, en razón del vínculo familiar existente como esposo de V1, es también susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, y realizar su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

111. La intervención y retiro de útero que sufrió V1, generó un daño a su integridad física y su expectativa en relación con su capacidad y autonomía reproductiva, ya que se violó su derecho a elegir el número de hijas e hijos y su espaciamiento, en virtud de lo señalado por ella que deseaba tener más hijos. Por esta razón la Comisión Nacional estima que la autoridad, debe considerar esta afectación en la reparación integral del daño.

F. RESPONSABILIDAD

112. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica, violación al derecho a la libertad y autonomía reproductiva, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica de V1, quienes con sus actos y omisiones no garantizó el grado máximo de salud posible.

113. Asimismo, AR1, AR2 y AR3 son responsables por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

114. Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2 y AR3 inobservaron los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

115. Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1º párrafo tercero y 102, apartado B Constitucionales; y 6º fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones y con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, y se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos.

Adicionalmente, se remitirá copia al Agente del Ministerio Público que conoce la denuncia presentada por VI2 para que en el ámbito de su competencia considere los argumentos vertidos por este Organismo Nacional en el trámite de la indagatoria.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

116. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuibles a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

117. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los*

Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva a una vida libre de violencia obstétrica, a la integridad personal y con el consecuente daño al proyecto de vida de V1, se deberá inscribir a VI1 y VI2 en calidad de víctimas indirectas en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctima de violaciones a derechos humanos con independencia de su calidad de víctimas del delito con que se les brinda acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

118. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

a) Medidas de rehabilitación.

119. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el numeral con los numerales 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

120. De manera inmediata, se deberá brindar atención psicológica y/o psiquiátrica, que requieran V1y VI2 por personal profesional especializado hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas, que incluya el medicamento necesario, en caso de requerirlo, y con el consentimiento previo de las mismas.

b) Medidas de satisfacción.

121. Las medidas de satisfacción en términos de los artículos 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima y d) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones.

122. Asimismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron.

c) Medidas de no repetición.

123. Conforme a lo previsto en los artículos 27, fracción V, 74, fracción VIII y IV de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En este sentido, se recomienda se diseñe e imparta

en el Hospital General, involucrado en los hechos y específicamente a AR1, AR2 y AR3 un curso de capacitación que aborde los siguientes temas: a) Derecho a la protección de la salud y a la vida del binomio materno-fetal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a la libertad y autonomía reproductiva, d) Derecho a la integridad personal, e) Violencia obstétrica, f) Derechos de las mujeres en la atención obstétrica libre de prejuicios y estereotipos; curso que deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

124. Dicho curso deberá ser impartido por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. Deberá ser no menor a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo y podrán impartirse a través de las plataformas en línea del ISSSTE o cualquier otra. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

125. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

126. En un término menor de 2 meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se exhorte al personal, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

127. Durante tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, ésta deberá ser publicada en la página de intranet de la institución con el fin de que el personal tenga conocimiento del caso y esté en posibilidad de consultarla.

d) Medidas de compensación.

128. La compensación, conforme a lo establecido en los numerales 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 y VI2 por las acciones y omisiones en las que incurrieron AR1, AR2 y AR3, durante la atención médica otorgada a V1 de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

129. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Una vez que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas emita el dictamen correspondiente de acuerdo a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el expediente motivo de la presente Recomendación, e inscriba a las víctimas en el Registro Nacional correspondiente, se repare integralmente por los daños causados a V1, VI1 y VI2, incluyendo una compensación justa y suficiente para cada una de ellas con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en la afectación de los derechos ya descritos, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíe a esta Comisión Nacional, las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Coadyuvar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas con el objeto de proporcionar la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que otorgue personal profesional especializado que V1 y VI2 requieran, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional o máximo beneficio en su salud, atendiendo a su edad, sexo y necesidades, de manera gratuita, en horarios y lugares accesibles para las víctimas, considerando la provisión de medicamentos en caso de requerirlos y con el consentimiento previo de las mismas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA: Se colabore con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en el seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2 y AR3, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y remita a este Organismo Nacional las documentales que acrediten su cumplimiento

CUARTA. En un plazo menor de 2 meses, después de haber aceptado la presente Recomendación, emita una circular dirigida al Hospital General, en la que se le exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo no mayor a un mes después de aceptada la presente Recomendación, se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del ISSSTE el texto íntegro de la misma para el conocimiento del personal y de la sociedad en general, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación dirigido al personal médico y de enfermería del Hospital General que aborde los siguientes temas: a) Derecho a la protección de la salud y a la vida del binomio materno-fetal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, c) Derecho a la libertad y autonomía Reproductiva, d) Derecho a la integridad personal, e) Violencia obstétrica y f) Derechos de las mujeres en la atención obstétrica libre de prejuicios y estereotipos; curso que deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, el cual podrá estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea y asegurar que AR1, AR2 y AR3 tomen los cursos, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

130. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

131. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

132. De igual manera y con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, para el caso de aceptar la presente recomendación dentro del plazo establecido, proceda dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que nos informe de dicha circunstancia, a remitir a esta Comisión Nacional, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente recomendación.

133. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA