



RECOMENDACIÓN NO. 128 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, ASÍ COMO EL DAÑO AL PROYECTO DE VIDA DE V1 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 72 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2021.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

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/4/2019/3136/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 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

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	Abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctima	CEAV

Nombre	Abreviaturas
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 de Zona 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlalnepantla de Baz, Estado de México.	Hospital General
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
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
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN

I. HECHOS.

5. El 14 de marzo de 2019, a las 11:02 horas, V1, mujer 20 años de edad, quien cursaba un embarazo de 38.5 semanas de gestación ingresó al Hospital General,

ya que presentaba síntomas de trabajo de parto; en su queja describió que se le había programado una cesárea, sin embargo, se le brindó manejo para un parto natural.

6. En ese sentido, V1 permaneció bajo vigilancia de evolución de trabajo de parto hasta las 17: 50 horas, ocasión en la cual se suscitó el nacimiento de V3 (recién nacida). Durante el postparto V1 presentó una hemorragia obstétrica debido a un cuadro de atonía uterina.

7. Con motivo de tal complicación, el estado de salud de V1 derivó en un choque hipovolémico grado IV, lo que hizo necesario que se le realizara una histerectomía¹ y salpingooforectomía² izquierda.

8. V1 permaneció en recuperación durante los días siguientes, hasta el 23 de marzo de 2019 cuando fue dada de alta. Al momento de la interposición de la queja no se le había brindado atención psicológica, por lo que se realizaron las gestiones conducentes a fin de propiciar el otorgamiento de la misma.

9. V3 evolucionó favorablemente y egresó del Hospital General junto con V1 el 21 de marzo de 2019. V1 y V2 atribuyen las afectaciones irreversibles causadas a la agraviada, a la negligencia médica por parte del personal del Hospital General.

10. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente CNDH/4/2019/3136/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 V3 integrados en el Hospital General con motivo de la atención brindada a V1, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto

¹ Cirugía para extirpar el útero.

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

de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Acta circunstanciada de 20 de marzo 2019, en la cual se hizo constar la recepción de la queja interpuesta vía telefónica por V2, donde describió que V1 se encontraba en el Hospital General, donde se le brindó atención de parto y debido a una inadecuada atención *“se le retiró la matriz y los ovarios”*.

12. Acta circunstanciada de 2 de abril de 2019, en la cual se hizo constar la gestión telefónica realizada con V2, quien informó que con motivo de los hechos su esposa dejó de estudiar y perdió su trabajo, aunado a que hasta ese momento no había recibido atención médica; así también se documentó la llamada telefónica efectuada para solicitar atención psicológica para la parte peticionaria.

13. Acta circunstanciada de 24 de abril de 2019, en la que se documentó la llamada telefónica con V2, quien confirmó que V1 recibió atención psicológica.

14. Oficio 095217614C21/1826, de 17 de julio de 2019, mediante el cual el IMSS rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional y remitió:

14.1. Informes rendidos por la Coordinación de Ginecoobstetricia, del Hospital General de fechas 15 de julio de 2019.

15. Oficio 095217614C21/1916, de 24 de julio de 2019, mediante el cual el IMSS remitió:

15.1 Expedientes clínicos de V1 y V3 integrados en el Hospital General de los cuales destacan las siguientes notas:

15.1.1 Nota de indicaciones médicas de 14 de marzo de 2019 suscrita por AR1.

- 15.1.2** Hoja de vigilancia y atención del parto de V1 de 14 de marzo de 2019.
- 15.1.3** Hoja de terminación del embarazo de 14 de marzo de 2019 suscrita por AR1.
- 15.1.4** Nota Prequirúrgica de 14 de marzo de 2019, suscrita por AR1.
- 15.1.5** Solicitud de intervención Quirúrgica de 14 de marzo de 2019, suscrita por AR1.
- 15.1.6.** Hoja de Evolución del parto o legrado de V1 sin fecha.
- 15.1.7** Nota médica sin fecha, suscrita por AR1.
- 15.1.8** Nota postquirúrgica de 14 de marzo de 2019, suscrita por AR1.
- 16.** Oficio 095217614C21/3136, de 4 de noviembre de 2019, mediante el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional que con motivo de los hechos se inició investigación en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, cuyo resultado se sometería a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente.
- 17.** Acta circunstanciada de 28 de noviembre de 2019, en la cual se documentó la visita realizada, por una Visitadora Adjunta y un Médico adscritos a este Organismo Nacional, en el Hospital General, con el propósito de recabar constancias médicas y revisar los expedientes clínicos de V1 y V3.
- 18.** Oficio 095217614C21/714 de 9 de marzo de 2020, mediante el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional que el caso fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, la cual emitió acuerdo de 17 de enero de 2020, en sentido improcedente.

19. Opinión médica de 29 de septiembre de 2021, elaborada por personal médico especializado adscrito a este Organismo Nacional, respecto de la atención médica brindada a V1 y V3 en el Hospital General en el IMSS.

20. Acta circunstanciada de 19 de noviembre de 2021, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, ocasión en la que precisó nuevamente los hechos de su queja, comentando que tanto V1 como V3, recién nacida se encontraban en buen estado de salud, mencionando además no haber iniciado acción jurídica alguna de manera adicional a la queja interpuesta ante esta institución.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El IMSS informó que el caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del H. Consejo Técnico del IMSS, resolviendo el caso en sentido improcedente al considerar que *“...la atención médica institucional fue adecuada, oportuna y de calidad; la complicación postparto de atonía uterina es un riesgo inherente, la cual fue tratada de manera adecuada y multidisciplinaria por los servicios de Ginecoobstetricia, Medicina Interna, y Cuidados Intensivos.”*

22. En comunicación con V1, hizo del conocimiento a personal adscrito a este Organismo Nacional que no inició acción jurídica adicional a la queja materia del presente análisis.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

23. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/3136/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 integridad personal, a la libertad y autonomía

reproductiva y al proyecto de vida en agravio de V1, lo anterior en razón de las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

24. 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.

25. 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.

26. 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*

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.

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

27. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), 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.

28. 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.

29. 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

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.

⁷ Ídem.

⁸ Ley General de Salud. Artículo 1 Bis.

las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁹

30. 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 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.

31. El Comité 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.

32. En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva

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.

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

33. 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.

34. De manera inicial, y previo al análisis de las consideraciones médicas sobre el caso documentado en el presente pronunciamiento, este Organismo Nacional

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 *Ibidem*, párr. 181.

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.

35. Lo anterior, con el propósito de no sólo visibilizar un tema médico que particularmente afecte al sexo femenino, 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.

36. Atendiendo a ello, es pertinente que este Organismo Nacional otorgue relevancia a todos aquellos temas de 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.

37. 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 20 años, a quien a pesar de existir alternativas médicas y quirúrgicas menos lesivas, se practicó un procedimiento irreversible y de impacto importante para su integridad física, psicológica así como en su entorno social y proyecto de vida.

A.3 CONTROL PRENATAL DE V1.

38. V1, al momento de los hechos contaba con 20 años de edad, y durante su embarazo recibió atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, y posteriormente en el Hospital General.

39. Entre los antecedentes de V1, se destacó que había cursado un embarazo previo al que motiva el presente pronunciamiento, en el cual se requirió la interrupción mediante cesárea el 3 de diciembre de 2016 a las 25 semanas, presentando muerte perinatal.

40. Es así, que entre el primero y segundo embarazos de V1 transcurrió un periodo de 18 meses. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica Parto después de Cesárea destaca que cuando el periodo entre un parto y otro es menor a 18 meses, el riesgo de desgarro en el útero es mayor; de igual forma, la Guía de Práctica Clínica reducción de la frecuencia para Operación recomienda que ante un *“periodo intergenésico menor a 18 meses, la resolución obstétrica sea por operación cesárea para disminuir el riesgo de ruptura uterina”*. Al respecto se destaca que V1 contaba con 18 meses entre la fecha del último evento obstétrico, es decir se encontraba en el límite de un periodo intergenésico corto, mas no presentó complicaciones relacionadas con este factor.

41. Sobre el control prenatal de V1, se observa que acudió a 6 consultas médicas en fechas 26 de noviembre, 17 de diciembre de 2018, 9 de enero, 1 de febrero, 12 de febrero y 19 de febrero de 2019, sin que se suscitara alguna circunstancia que incidiera en los hechos que se analizan, siendo el caso que en esta última fecha fue enviada al siguiente nivel de atención al contar con antecedente de cesárea previa.

A.4 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE PARTO OTORGADA A V1.

42. El 14 de marzo de 2019, a las 13:05 horas, V1 ingresó al servicio de Urgencias Tocoquirúrgicas del Hospital General, donde fue valorada y se detectó que presentaba *“salida de tapón mucoso, actividad uterina, 60% de borramiento y 5 cm. de dilatación”*, con trabajo de parto en fase activa.

43. Se inició la vigilancia del trabajo de parto y en ese momento V1 *“se encontraba en la primera etapa de este, la cual transcurrió desde las 14:00 a las 17:40 horas, hora en la cual tenía 10 centímetros de dilatación”*, por lo que se encontraba lista para ingresar a la sala de expulsión e iniciar la segunda etapa del trabajo de parto.

44. A las 17:50 horas V1 ingresó a la sala de labor de parto y a las 17:53 horas, se suscitó el nacimiento de V3. Con posterioridad al nacimiento de V3, dio inicio la tercera fase del trabajo de parto de V1, la cual, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional comienza *“justo después del nacimiento del feto y concluye con el alumbramiento de placenta”*.

45. Sobre ese aspecto, es de mencionarse lo descrito por AR1 en la nota elaborada durante el nacimiento de V3 en lo referente a *“Se entrega recién nacido que respira y llora al nacer a pediatra en turno. Se realiza alumbramiento con maniobras de Brand Andrews y el pescador, se rompe cordón umbilical, se extrae placenta completa manualmente, se realiza manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto”*.

46. La opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional destacó que la expulsión de la placenta nunca debe forzarse antes de que ocurra su separación, ni se debe tirar o jalar el cordón umbilical, para extraer la placenta a menos que el útero se invierta.

47. Asimismo, se puntualizó que si existe hemorragia intensa y la placenta no puede extraerse, debe efectuarse su separación manual con medidas de seguridad, sin embargo, en el ámbito médico no hay evidencia de los beneficios de esta práctica y en general en la práctica obstétrica debe esperarse el desprendimiento espontáneo de la placenta a menos que la hemorragia sea excesiva.

48. Por tanto, al analizar el presente caso se observó que AR1 realizó 2 maniobras denominadas Brandt-Andrews, y del Signo de Fabre, mismas que implican ejercer un movimiento de tracción sobre el cordón umbilical para extraer la placenta.

49. En ese aspecto, la opinión médica constató que si bien estas son maniobras que se realizan dentro del manejo obstétrico, también se puntualizó que ambas implican una maniobra de tracción o ejercer presión sobre el cordón umbilical para extraer la placenta y como se ha mencionado, este mecanismo se encuentra contraindicado cuando los médicos realizan la extracción de placenta ya que puede causar complicaciones tales como *“rompimiento del cordón umbilical, extracción manual de la placenta, inversión uterina y hemorragia postparto”*.

50. Por tanto, es de concluirse que no debe realizarse maniobras de tracción o jalar el cordón umbilical para extraer la placenta del útero, sin embargo, en el caso de V1, se efectuaron 2 maniobras de tracción antes descritas que contribuyeron directamente con el rompimiento del cordón umbilical que posteriormente presentó V1 y que propiciaron las complicaciones que se analizarán a continuación.

51. El análisis médico de este Organismo Nacional abundó en el sentido de que generalmente la causa de la ruptura en el cordón umbilical puede relacionarse con una causa biomecánica cuando se ejerce una fuerza mayor a la resistencia y flexibilidad del cordón umbilical, tal como sucedió en el caso, debido a que AR1 jaló con una mayor fuerza que resultó en la ruptura del cordón durante la tercera fase del trabajo de parto de V1.

52. Además, el nacimiento de V3 sucedió el 14 de marzo a las 17:53 horas, y a las 18:00 horas se inició la aplicación de agentes uterotónicos (oxitocina) a V1, por lo que durante 7 minutos se realizó la aplicación de estos, de lo cual es posible inferir que en ese lapso se suscitó el alumbramiento, maniobras, ruptura del cordón, extracción manual de placenta y manejo activo del trabajo de parto.

53. En continuidad, la opinión médica del caso destacó que la aplicación de maniobras de tracción del cordón umbilical se debe emplear cuando “*el alumbramiento dura más de 30 minutos*”, sin embargo en el presente caso la tracción del cordón se realizó antes de que pasaran 30 minutos para la extracción de la placenta, mencionando que los esfuerzos para acelerar el alumbramiento pueden incitar la atonía¹⁶ ya que el masaje y presión constantes sobre el útero que ya está contraído podrían obstruir el mecanismo fisiológico de desprendimiento de la placenta, lo que causa separación incompleta de la placenta y aumento de la hemorragia.

54. Se destacó además que la tracción del cordón es una maniobra que requiere práctica considerable el personal médico que la ejecuta por las complicaciones en las cuales puede resultar, así como los resultados desfavorables, entre los cuales se encuentra la pérdida de sangre de 500ml o más después del nacimiento, necesidad de transfusión de sangre, uso de uterotónicos adicionales durante o después de la tercera etapa del trabajo de parto, procedimientos quirúrgicos como la histerectomía, Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y ruptura de cordón.

55. También, se observó que dentro la práctica médica, se han documentado bibliográficamente, los resultados secundarios derivados de la tracción de cordón, resultando común la ruptura de cordón, y el uso de uterotónicos durante o después de la tercera etapa del trabajo de parto, siendo la fuerza aplicada durante este tipo

¹⁶ Incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento.

de maniobras, la causa directa de la ruptura del mismo, que por tanto puede causar también la extracción manual de placenta, atonía uterina, hemorragia postparto e histerectomía, mismas que sí presentó V1, tal como se describirá en el presente análisis.

56. Además, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea la extracción manual de placenta se asocia con altas posibilidades complicación por hemorragia obstétrica, por lo que se sugiere evitar tal extracción. En caso de que exista hemorragia, se recomienda esperar al desprendimiento natural de la placenta, a menos de que la hemorragia sea excesiva.

57. De igual forma, la guía de la OMS “Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto” dispone que si la placenta no se expulsa en el término de 30 minutos más después del nacimiento de un bebé, se debe emitir un diagnóstico de placenta retenida. A su vez, si no existe hemorragia, la paciente debe permanecer 30 minutos más en observación antes de intentar la extracción manual de la placenta.

58. En el caso de V1, AR1, con posterioridad al rompimiento del cordón umbilical realizó la extracción manual de la placenta, misma que como se ha visto debía evitarse salvo que existiese una hemorragia, sin embargo, durante la atención del parto, AR1 no reportó que V1 hubiere presentado una hemorragia, que justificara remover manualmente la placenta.

59. En ese sentido, como se ha establecido, el retiro manual de la placenta se asocia con altas posibilidades de hemorragia obstétrica, complicación que sí presentó V1 y que derivó en la histerectomía obstétrica y salpingooforectomía izquierda que se le realizó.

60. Aunado a lo anterior, es pertinente destacar que para el retiro manual de la placenta, es necesaria la aplicación de analgésicos, sin embargo, en las constancias

del expediente clínico no se observa que AR1 haya efectuado el procedimiento de anestesia a V1. Al respecto, esta Comisión Nacional recuerda lo expresado en el Informe del Relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el sentido de que *“en muchos Estados, las mujeres que tratan de obtener salud materna se exponen a un riesgo elevado de sufrir malos tratos, en particular en el periodo prenatal y puerperal, estos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia. Este tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos”*¹⁷.

61. En consecuencia, es posible considerar que la omisión de anestesia en el procedimiento de remoción de placenta infligió un sufrimiento innecesario a V1 que puede interpretarse como un maltrato, ello aunado a que, al realizar tal procedimiento, AR1 incrementó de manera innecesaria el riesgo de presentar complicaciones asociadas a dicho procedimiento, entre las cuales se encuentra la hemorragia obstétrica que sí padeció V1.

62. AR1 elaboró la nota correspondiente reportando *“Se extrae placenta completa manualmente”*, pero omitió mencionar si esta tenía todos los cotiledones¹⁸ presentes; además reportó en la nota elaborada que V1 presentaba atonía uterina, administrando oxitocina y otorgando masaje uterino, así como ergonovina, carbetocina, gluconato de calcio y misoprostol, sin respuesta, continuando la hemorragia que padecía V1, por lo que se activó el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI). V1 fue ingresada a quirófano debido a que presentaba sangrado posparto, para su intervención quirúrgica.

¹⁷ Naciones Unidas, Asamblea General. A/HRC/31/57. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; 5 de enero de 2016.

¹⁸ Todos los segmentos que se ven en la superficie de la cara materna de la placenta.

63. Retomando el análisis de las acciones efectuadas por AR1 es pertinente recapitular que durante la tercera fase del trabajo de parto de V1, realizó la tracción del cordón umbilical, mismo que se rompió y por lo tanto AR1 extrajo la placenta de manera manual y sin anestesia, acelerando de manera inadecuada e intencionada el alumbramiento, contribuyendo directamente esta extracción manual de placenta con las complicaciones consistentes en atonía uterina¹⁹, y hemorragia postparto²⁰, que pese al tratamiento farmacológico no se revirtieron.

64. Al respecto, la opinión médica de este Organismo Nacional destacó que la hemorragia obstétrica es una emergencia que pone en riesgo la vida y la salud de la madre y requiere atención inmediata. Es de considerarse que la morbilidad y mortalidad materna, tienen repercusiones importantes en el entorno familiar de las pacientes, por lo que es relevante la destreza y habilidades del personal tratante al atender una urgencia de esta naturaleza.

65. En el presente caso, al no existir respuesta al tratamiento farmacológico, realizó la revisión de la cavidad uterina, y legrado²¹ de la misma, sin extraer restos placentarios, lo cual llama la atención, dado que previamente se había reportado haber extraído la placenta completa de forma manual, por lo que en la opinión médica de esta Comisión Nacional, la revisión manual que efectuó AR1 no se encontraba justificada, ya que de conformidad con lo establecido en el numeral 5.5.18 de la NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”* no debe realizarse de manera rutinaria, sino sólo cuando existe la sospecha de retención de los restos placentarios, bajo antisepsia, analgesia y por personal calificado.

¹⁹ Falta de contracción de la fibra muscular uterina que si se produce después del parto en el alumbramiento puede ser causa de hemorragia obstétrica.

²⁰ Pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior al nacimiento sin importar la vía obstétrica de la resolución.

²¹ Procedimiento que se realiza para raspar y recolectar tejido (endometrio) del interior del útero.

66. Ahora bien, en lo que corresponde al legrado que practicó AR1, este se encuentra indicado cuando existe retención de restos placentarios, teniendo entre las posibles complicaciones inmediatas la hemorragia por atonía. Por tanto, como lo indican los Lineamientos Técnicos para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica²² debe practicarse en aquellas pacientes en las que se compruebe por ultrasonido la retención de restos placentarios. No obstante, en el caso de V1, AR1 realizó un legrado sin haber verificado previamente mediante ultrasonido la retención de los citados restos.

67. En consecuencia, a V1 se le realizaron en 3 ocasiones, maniobras de manipulación uterina, consistentes en la extracción manual de placenta, revisión manual de cavidad y legrado con pinzas de anillos, mismas que si bien son parte del manejo obstétrico, deben atender a indicaciones precisas, ya que realizarlas implica un riesgo de hemorragia, por lo que su práctica incrementó de manera innecesaria esta posible consecuencia y a su vez la histerectomía que también ocurrió.

68. Dado que la hemorragia continuaba, AR1 intentó contenerla mediante la técnica de pinzamiento de arterias uterinas²³, denominada “*Técnica de Zea*” pero al persistir la pérdida de sangre se determinó el manejo quirúrgico mediante la histerectomía.

69. Sobre la ligadura de arterias, la opinión médica de este Organismo Nacional consideró que con posterioridad a este procedimiento existían otras alternativas de menor riesgo y alto porcentaje de éxito antes de determinar la histerectomía, como

²² Emitidos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. Secretaría de Salud. 2010.

²³ Técnica para detener la hemorragia obstétrica que actúa como un torniquete contiene la pérdida de sangre.

son: suturas compresivas²⁴, desarterialización uterina²⁵ y finalmente la ligadura de arterias hipogástricas; estas técnicas cuentan con una tasa baja de complicaciones y no tienen impacto en la fertilidad de la mujer, ello considerando que V1 tenía 20 años de edad cuando se suscitaron los hechos, es decir, su vida fértil se encontraba en una etapa inicial.

70. En ese aspecto, también se observó del expediente clínico que, si bien AR1 efectuó la ligadura de arterias, no realizó suturas compresivas para detener la hemorragia obstétrica como lo establece la Guía de Práctica Clínica Prevención y Manejo de la hemorragia postparto en el primero, segundo y tercer niveles de atención. Esto adquiere relevancia considerando los efectos adversos que tiene la histerectomía sobre la fertilidad a futuro de la paciente, por lo que AR1 omitió agotar los métodos conservadores previstos médicamente de manera previa a la histerectomía obstétrica.

71. Lo anterior se refuerza con lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica en referencia a que se recomienda la histerectomía total y subtotal si la ligadura de vasos uterinos y suturas compresivas fallan y el sangrado continúa en forma potencialmente mortal, por lo que se debe considerar la histerectomía obstétrica después de haber realizado estos procedimientos previos sin resultado favorable y debe ser practicada por el personal médico con la mayor experiencia quirúrgica.

72. Por ello, la determinación de AR1 de practicar a V1 una histerectomía obstétrica sin agotar previamente todos los tratamientos que implicaban menor riesgo y que no afectarían la fertilidad de V1 fue inadecuada, considerando el impacto que tuvo tal procedimiento, afectando su integridad física, su fertilidad y su salud integral.

²⁴ Técnica que utiliza la compresión quirúrgica del útero para controlar el sangrado.

²⁵ Ligadura del segmento ascendente de las arterias uterinas .

73. Es así, que se determinó la realización de una histerectomía y del análisis de las notas médicas que documentaron esta intervención se observó que AR1 describió lo siguiente: “... *se inicia histerectomía obstétrica, sin tener instrumentista en ese momento...*”. En referencia a este aspecto, la mencionada Guía de Práctica Clínica establece que “*todo personal relevante para la atención de la paciente obstétrica clínica debe ser llamado simultáneamente una vez que la hemorragia postparto es diagnosticada. La hemorragia postparto debe ser manejada por un equipo multidisciplinario*”. Por su parte el Lineamiento Técnico de TRIAGE Obstétrico Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica por turno, considera: matutino, vespertino, nocturno, sextos, séptimos días y jornada acumulada.

74. Sobre el particular, se observa que al momento de la cirugía de V1, se reportó la falta de instrumentista para la intervención inicial y posteriormente se incorporó un instrumentista, es decir, no se contó de manera oportuna desde el inicio de la intervención, con los recursos humanos necesarios para el adecuado desarrollo de esta, tal como lo prevén los artículos 18, 19 y 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

75. Ahora bien, durante el procedimiento se detectó que V1 presentaba un hematoma de ligamento uteroovarico izquierdo²⁶, y por lo tanto se le realizó una salpingooforectomía izquierda²⁷, para lo cual se recabó consentimiento informado y se proporcionó información sobre el estado de gravedad a su familiar.

76. Como diagnóstico postoperatorio se estableció “*Histerectomía total abdominal+SOF (sic) izquierda+Choque Hemorrágico grado IV*”. Del análisis del realizado por el servicio de Patología se observó que el útero de V1 se encontraba íntegro, “*sin ruptura uterina, perforación, datos de placenta acreta, percreta o*

²⁶ Complicación de una histerectomía postparto y de aparición espontánea durante el embarazo debido a la ruptura de vasos uterinos u ováricos.

²⁷ Cirugía para extirpar el ovario y la trompa de Falopio de un lado del cuerpo.

increta”, restos placentarios, lesiones ni desgarros que pudieran ser la causa de la hemorragia placentaria.

77. Por tanto, ello permite confirmar que no existieron otros factores que incidieran en la rotura de cordón umbilical, por lo que las maniobras de tracción y el posterior retiro manual de placenta no justificados fueron la causa directa de la atonía derivó en la hemorragia obstétrica que culminó con el retiro del útero y trompa de falopio izquierda que afectó de manera irreversible la capacidad reproductiva y la integridad de V1, mujer de 20 años, en plenitud de su etapa fértil.

78. Con posterioridad a la intervención, V1 ingresó al Área de Cuidados Intensivos debido a su estado de gravedad, donde permaneció desde el 14 de marzo hasta el 17 del mismo mes, ingresando al servicio de Ginecología y Obstetricia para su cuidado y vigilancia, siendo dada de alta por mejoría el 21 de marzo de 2021.

79. En conclusión, este Organismo Nacional considera que las maniobras realizadas para la extracción de la placenta de V1, que involucraban tracción, se encontraban contraindicadas, contribuyendo directamente con la ruptura de cordón umbilical que sufrió y que a su vez se con la posterior extracción manual de placenta, atonía uterina, hemorragia postparto e histerectomía afectó su fertilidad de manera irreversible, vulnerando su derecho a la protección de la salud permanentemente aún cuando existían alternativas que pudieron ser menos lesivas para la peticionaria, y que considerando su edad, de 20 años al momento de los hechos, era vital llevar a cabo para salvaguardar su integridad.

80. En lo concerniente a la atención de V3, se documentó que desde su nacimiento el 14 de marzo de 2019 a las 17:53 horas no presentó alteración alguna, sin embargo, fue ingresado al área de Transición con motivo de las complicaciones sufridas por V1 durante el parto, sin hallazgos que condicionaran su salud, por lo que el 20 de marzo de 2019 egresó del Hospital General.

B. DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE V1.

81. 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”*.

82. La Corte Interamericana de Derechos Humanos 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”*²⁸.

83. 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”*²⁹. 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

²⁸ “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.

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

dimensión individual como de pareja y, por tanto, se encuentra protegida por el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

84. 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 hijos, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que se practicaron maniobras contraindicadas en su caso particular y estas derivaron en las consecuencias de salud que propiciaron la histerectomía y oforectomía realizadas por AR1.

85. 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 los hijos, así como su expectativa de formar una familia de manera libre.

86. Aunado a lo anterior, existían alternativas previas que AR1 pudo considerar para detener la hemorragia como suturas compresivas, siendo una práctica menos lesiva, aunado a que no se agotaron los tratamientos mecánicos y/o conservadores ya analizados en el apartado anterior, ello en razón del tipo de impacto que la histerectomía implicaba sobre la fertilidad de V1, mujer joven, en edad reproductiva, de entonces 20 años, quien 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 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.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1.

87. 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.

88. 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.

89. 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.

90. En el caso que se analiza, resulta evidente que AR1 efectuó maniobras de tracción contraindicadas en la condición médica particular de V1, favoreciendo la hemorragia que no pudo ser controlada y respecto a la cual existían alternativas menos lesivas que pudieron realizarse de manera previa a la histerectomía. En este procedimiento, se retiró de manera irreversible y permanente el útero de V1, afectando no solo su integridad física, sino su estabilidad psicológica y psíquica, al tratarse de una mujer de 20 años, en edad reproductiva, quien se encontraba formando una familia junto con V2, por lo que es importante considerar que además de la vulneración física, V1 padece las consecuencias emocionales de la inadecuada intervención médica.

91. Por todo lo anterior, ese Organismo Nacional confirma que AR1, omitió atender lo establecido en el artículo 1º, 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.

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

92. 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”.

93. 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.

94. 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.

95. 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.

96. 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. 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”¹², publicado en 2014, 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.”

97. 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 sexo (observación general núm. 2) El derecho internacional de los derechos humanos 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 (A/HRC/22/53). 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”.³⁰

98. En el caso de V1, aunado a las prácticas no justificadas ya analizadas en el presente pronunciamiento, durante la extracción manual de placenta que AR1 realizó, no se documentó que hubiese aplicado anestesia, lo cual incluso ha sido considerado como un tipo de maltrato por Organismos Internacionales como la ONU. En ese sentido, esta Comisión concluye que tal omisión fue constitutiva de violencia obstétrica al haberse efectuado un procedimiento sin implementar todas las medidas al alcance para disminuir o evitar infligir un sufrimiento innecesario a la víctima.

E. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA.

99. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a AR1, causaron un daño al proyecto de vida de V1 y V2, al limitarse el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, así como el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accederían a las mismas como padres (V1 y V2). Al respecto, la 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

³⁰ 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.

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 (...)”³¹

100. 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”.

101. 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 económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

102. 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 V2, ya que durante los hechos y con motivo de las afectaciones sufridas, se realizaron procedimientos que limitaron su capacidad reproductiva.

103. 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

³¹ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), “Caso Loayza Tamayo vs. Perú”, párrafos 147 y 148

indispensable que la autoridad recomendada efectúe un seguimiento médico y psicológico completo y estrecho.

104. 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.

105. V2, 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, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

106. La intervención y retiro de útero que sufrió V1, generó un daño a su integridad física y su expectativa futura en relación con su capacidad y autonomía reproductiva, ya que se violó su derecho a elegir el número de 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.

V. RESPONSABILIDAD.

107. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 incurrió 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, a la libertad y autonomía reproductiva y a la integridad personal de V1, quien con sus actos y omisiones no garantizó el grado máximo de salud posible.

108. Asimismo, AR1 es responsable 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.

109. Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1 inobservó 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.

110. 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, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas en la presente recomendación con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

111. 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.

112. 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 y a la integridad personal de V1, se deberá inscribir a V3 en calidad de víctima indirecta 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.

113. 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.

114. 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”*.

115. De manera inmediata, se deberá brindar atención psicológica y/o psiquiátrica, que requieran V1y V2, por personal profesional especializado hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas.

b) Medidas de satisfacción.

116. 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.

117. 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 IMSS en contra de AR1, por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron.

c) Medidas de no repetición.

118. 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, 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 y d) Violencia obstétrica; curso que deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

119. Dicho curso será 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 IMSS o cualquier otra. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

120. 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.

121. 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.

122. 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.

123. 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 IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1 y V2 por las acciones y omisiones en las que incurrió AR1, 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.

124. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas, acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a V1 y V2, que incluya la compensación justa y suficiente 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, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite 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 V1 y V2 requieran por personal profesional especializado, así como de todas las que requiera y de forma continua hasta que alcance su sanación psíquica y emocional o máximo beneficio en su salud atendiendo a su edad, sexo y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA: Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, en el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la

presente Recomendación. En caso de que el Órgano Interno de Control en el IMSS determine responsabilidad administrativa de AR1, por los actos cometidos en contra V1 y V2.

CUARTA. En un plazo menor a 2 meses se 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 de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro para el conocimiento del personal y de la población 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 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 y d) Violencia obstétrica; 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 tome el 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.

125. 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.

126. 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.

127. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

128. 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