



RECOMENDACIÓN NO. 43 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACION AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA LIBERTAD Y AUTONOMIA REPRODUCTIVA, A ELEGIR EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS, ASÍ COMO VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 28 de septiembre de 2017.

LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Distinguido 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; 1º, 3º, primer párrafo, 6º 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/4/2016/2011/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 1 de marzo de 2016 se recibió en este Organismo Nacional una queja, en la que V manifestó que fue objeto de una inadecuada atención médica que en su consideración, propició el fallecimiento del producto de la gestación, así como la indebida práctica de la Oclusión Tubaria Bilateral atribuible a servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), toda vez que, en junio de 2015, con 34 años de edad, diabetes mellitus tipo II, de aproximadamente 4 años de evolución y embarazo de 12 semanas de gestación, fue canalizada por un médico familiar tratante al servicio de perinatología en el Hospital Regional “*General Ignacio Zaragoza*” (en lo sucesivo “Hospital Regional”) de ese Instituto.

4. El 6 de agosto de 2015, V tuvo su primera consulta con AR1, quien inició el expediente clínico, realizó valoración médica y previo estudio de ultrasonido constató que el desarrollo de su bebé correspondía a la edad gestacional, por lo cual dio indicaciones respecto de los parámetros de glucosa que debía mantener y envió a V a interconsulta al servicio de nutrición con una dieta de 2000 calorías.

5. A partir de entonces, V asistió cada quince días a sus citas previo ultrasonido y toma de muestra sanguínea, destróxtis¹, presión arterial y peso, antes y después de desayunar para analizar sus niveles de glucosa.

6. El 17 de septiembre de 2015, V acudió a consulta siendo atendida por AR2, quien enterada que la noche anterior había tenido cólicos, la pasó a monitoreo, le realizó tacto y le informó que tenía cierta actividad intrauterina, que el cérvix estaba bien cerrado pero

¹ Destroxtis. Es el nombre de una prueba de glicemia (glucosa en sangre) extraída de una gota del dedo en tirilla reactiva.

podría ser síntoma de parto prematuro, advirtiéndole una infección para la que le recetó tabletas vaginales y supositorios de indometacina. Asimismo, le preguntó respecto de su apego a la dieta, le modificó el esquema de insulina añadiéndole tres unidades por las mañanas siendo un total de 21 unidades de insulina intermedia y 3 de insulina rápida diaria debido al elevado nivel de glucosa que registró.

7. El 22 de octubre de 2015 acudió a su cita médica y AR1 le informó que tenía demasiada “agua” y no habría problema si la controlaba, no obstante, el 28 del mes y año citado, se realizó un ultrasonido en tercera dimensión en un laboratorio particular en el que le indicaron que presentaba “*polihidramnios leve*”, estudio que mostró a AR1 quien le reiteró que no había problema.

8. El 5 de noviembre de 2015, AR1 le comunicó que su bebé estaba grande, que en cualquier momento podría nacer y por ello le extendería la incapacidad a las 35 semanas, ocasión en la que V manifestó que su primer bebé nació por cesárea debido a que no tuvo contracciones, dilatación y su canal de parto era muy estrecho.

9. El 12 de noviembre de 2015, V acudió a revisión, monitoreo y ultrasonido, los cuales salieron bien; el 19 del mes y año citado, AR1 le dijo que su bebé estaba en posición, que si en la semana no “*desencadenaba*” el trabajo de parto, le daría fecha para una cesárea, recetándole óvulos para atender una infección vaginal que presentó.

10. El 20 de noviembre de 2015, aproximadamente a las 09:40 horas, V acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional debido a que tenía cólicos y sentía disminución en los movimientos del bebé; se le realizó un ultrasonido, tacto, revisión y la dieron de alta porque no estaba en trabajo de parto; sin embargo, a las 13:00 horas de ese día, sin dolor o contracciones advirtió una mancha de color café oscuro en su ropa íntima y, al secarse, notó mucosidad. Posteriormente, acudió al área de urgencias del referido nosocomio, en donde AR3 previo ultrasonido y tacto le dijo que todo estaba bien y aún no entraba en labor de parto; sin embargo, en las últimas semanas el bebé podía “*obitar*”.

11. El 26 de noviembre de 2015, V acudió a consulta y fue atendida por AR2 quien le indicó que aún no *“era momento del parto”*, que el bebé tenía *“28 de líquido”* y pesaba 3,510 gramos; no obstante estar enterada por V que había *“arrojado el tapón”*, le costaba trabajo respirar, tenía cólicos al caminar y sentía con menor intensidad los movimientos del bebé.

12. El 3 de diciembre de 2015, a las 2:44 horas, V sintió el movimiento del bebé; desde las 6:00 horas, tuvo cólicos cada vez con mayor intensidad y frecuencia; asistió a su cita médica y, en el monitoreo que le realizaron, la enfermera *“no encontró el latido del bebé”*; AR2 le dijo que el bebé estaba muerto; V le replicó que no lo podía creer, ya que ese día había percibido sus movimientos y AR2 respondió *“ya tenía muchos días de muerto, posiblemente desde el fin de semana”* y los movimientos eran *“postmortem”*.

13. Por lo anterior, llevaron a V al área de urgencias del referido nosocomio, en donde después de debatir si expulsaba al bebé de manera natural o no, en medio del dolor y miedo a que le pasara algo, accedió a firmar para que le realizaran una *“salpingo”* y la cesárea lo más pronto posible, incluso su madre firmó como testigo a pesar de estar inconforme, debido a que no les explicaron el procedimiento.

14. A las 16:44 horas del 3 de diciembre de 2015, extrajeron al producto de la gestación sin vida, registrando un peso de 4,790 gramos y 52 centímetros. Más tarde, V vio en la cédula de identificación la anotación *“P/C+OTB”* y, cuando preguntó a una enfermera qué significaba, ésta le respondió que era *“oclusión tubaria bilateral”*; procedimiento de anticoncepción que no pidió ni le explicaron en qué consistía.

15. Con motivo de la queja recibida en este Organismo Nacional, se inició el expediente de queja **CNDH/4/2016/2011/Q**, solicitando información y copia de los expedientes clínicos respectivos al ISSSTE. Asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

16. Escrito de queja sin fecha, que presentó V el 1 de marzo de 2016, ante este Organismo Nacional, al que anexó el Certificado de Muerte Fetal de 3 de diciembre de 2015.

17. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/0194-4/16 de 17 de mayo de 2016, a través del cual el ISSSTE atendió el requerimiento de este Organismo Nacional en relación con los hechos materia de la queja de V.

18. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/0308-4/16 de 30 de mayo de 2016, a través del cual el ISSSTE atendió el requerimiento, que se le solicitó, al cual adjuntó copia certificada de los respectivos expedientes clínicos de los que destacan las constancias siguientes:

18.1. Nota médica de 27 de agosto de 2015 en la que consta la valoración que AR1 y AR2 realizaron a V.

18.2. Nota médica de 22 de octubre de 2015 en que consta la valoración que AR1 y AR2 realizaron a V.

18.3 Notas médicas de 29 de octubre y 5 de noviembre de 2015, en las que constan las valoraciones que AR1, AR2 y AR3 realizaron a V.

18.4 Notas médicas de 12 y 19 de noviembre de 2015, en las que constan las valoraciones que AR1 y AR2 realizaron a V.

18.5 Hoja de Urgencias del Sistema de Estadística de Medicina Curativa, Hospitalaria y Preventiva del Hospital Regional “*General Ignacio Zaragoza*” del ISSSTE de la atención proporcionada a V el 20 de noviembre de 2015, sin firma, nombre y clave de médico.

18.6 Nota médica de 26 de noviembre de 2015, en la que consta la valoración que AR1, AR2 y AR3 realizaron a V.

18.7 Nota médica de 3 de diciembre de 2015, en que AR4 indicó internamiento para interrupción de embarazo y pase a Unidad de Tococirugía Quirúrgica.

18.8 Carta de Consentimiento Informado para realizar procedimiento anestésico, firmado el 3 de diciembre de 2015 por V para práctica de cesárea y “OTB” con diagnóstico de óbito fetal.

18.9 Carta de Consentimiento Informado firmado el 3 de diciembre de 2015 por V y su madre para práctica de procedimiento quirúrgico “OTB” con diagnóstico de óbito fetal.

19. Acta Circunstanciada de 8 de septiembre de 2016, en la que consta la comunicación electrónica en la que V proporcionó el número de expediente que se tramita ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, con motivo del escrito que presentó ante esa instancia cuya copia se recibió en este Organismo Nacional el 1 de marzo de 2016, que dio origen al presente expediente.

20. Opinión Médica sobre el caso de V, emitida el 13 de febrero de 2017, por expertos en medicina de este Organismo Nacional.

21. Acta Circunstanciada de 16 de febrero de 2017, en que consta la comunicación telefónica en la que una servidora pública del Órgano Interno de Control en el ISSSTE confirmó a personal de esta Comisión Nacional que respecto de los hechos materia de la queja se tramitaba el expediente.

22. Acta Circunstanciada de 13 de septiembre de 2017, en la que consta que, personal del Órgano Interno de Control en el ISSSTE informó a este Organismo Nacional que el expediente que se radicó en relación con los hechos materia de la queja se encuentra en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El Órgano Interno en el ISSSTE informó a esta Comisión Nacional que sobre el caso de V, se tramita el expediente el cual se encuentra en integración.

24. V manifestó a este Organismo Nacional que con motivo de los hechos de su queja no inició alguna otra acción.

IV. OBSERVACIONES.

25. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/2011/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encontró elementos de convicción suficientes que acreditan vulneración a los derechos humanos, por lo que a continuación se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud; 2. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva, 3. Derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos y 4. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V, en el Hospital Regional.

1. Derecho a la protección de la salud.

26. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación sostuvo el criterio de los elementos que comprende el derecho a la salud: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*. De lo anterior se desprende que para garantizar el derecho a la

*salud, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*².

27. Esta Comisión Nacional, ha sostenido que el derecho a 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”*³.

28. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”*⁴.

29. Sobre el derecho a la protección de la salud, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, en su Recomendación General 24 dispuso 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”*⁵.

² Jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. Ver CNDH. Recomendación 24/2017, párr. 25.

³ CNDH. Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, párrafos 23 y 24 y Recomendación 38/2016, párr. 21.

⁴ Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 9.

⁵ Recomendación General 24, Párr. 1.

30. Además puntualizó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó 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”*⁶.

31. Asimismo, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, de las Naciones Unidas contempla en su numeral 12.2 que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario...”*.

32. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”* asume 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 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”*⁷.

33. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), reconocen que *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*; y que los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este*

⁶ *Ibíd*em, párr. 27. Ver CNDH. Recomendación 38/2016, párr. 24.

⁷ 7 de junio de 2010, párrafo 84. Ver CNDH. Recomendación 38/2016, párr. 26.

*derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado*⁸.

- **Atención médica otorgada a V en el Hospital Regional y el vínculo con la pérdida del producto de la gestación.**

34. En relación con el presente caso, V, de 34 años de edad, tenía 23.4 semanas de gestación, 1.76 de talla, 112 kilogramos de peso, diabetes mellitus II y obesidad. Acudió el 27 de agosto de 2015 a cita programada en el Hospital Regional, ocasión en la que AR1 valoró a V e indicó dieta de 2000 calorías y la aplicación de insulina, no obstante, a pesar de que V presentó alteraciones en los niveles de glucosa, omitió remitirla al servicio de nutrición o dietología para reajustar la terapia médica nutricional como lo indica la Guía Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo a efecto de disminuir las complicaciones inherentes al padecimiento, que como se analizará posteriormente, contribuyeron en la pérdida del producto de la gestación.

35. En la cita médica en comento, a la exploración física, AR1 advirtió en V una altura uterina de 25 centímetros que, en correlación con las semanas de gestación que cursaba, se encontraba arriba del percentil de 90 en zona de hipertrofia. Al respecto, médicos adscritos a esta Comisión Nacional señalaron que acorde con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, el caso de V ameritaba la investigación y tratamiento de los factores condicionantes, sin embargo, como se desprende de la nota elaborada durante esta atención, AR1 omitió reportar biometría fetal y la causa probable de fondo uterino anormal que pudiera dar lugar al desconocimiento de alguna complicación del desarrollo de la gestación.

⁸ CNDH. Recomendación 38/2016, párr. 27

36. El 22 de octubre de 2015, con embarazo de 32.2 semanas de gestación, diabetes mellitus II y obesidad, V acudió a la cita programada en el Hospital Regional y, previa valoración, AR1 y AR2 asentaron, entre otras cosas, que la paciente presentaba descontrol glucémico, por lo que le solicitaron apego a dieta de 2000 calorías y continuar aplicando la dosis de insulina que se le indicó en la revisión anterior. En opinión médica de esta Comisión Nacional, de forma inadecuada se omitió valorar el grado de madurez de la placenta y la fetometría del producto para corroborar la edad gestacional del producto y peso estimado, toda vez que la Guía Práctica de Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo recomienda realizar ultrasonografías cada 4 semanas con medición de circunferencia abdominal fetal, al inicio del tercer trimestre para identificar a los fetos con mayor riesgo de macrosomía, o bien, restricción del crecimiento intrauterino. Ante el diagnóstico de descontrol glucémico, AR1 y AR2 debieron aumentar la dosis de insulina al advertir hiperglucemia, toda vez que podría generar hipoglucemia neonatal y aumento de sobrepeso fetal; no obstante, le prescribieron aplicar la misma dosis de insulina.

37. En la nota médica del 29 de octubre de 2015, suscrita por AR1, se hizo constar que V acudió a cita con AR1 y AR2, ocasión en la que registraron embarazo de 33.2 semanas de gestación y 115 kilogramos de peso, advirtieron movimientos fetales en forma adecuada sin contracciones uterinas, frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto y fondo uterino de 33 centímetros que en opinión médica de esta Comisión Nacional *“al ser comparados con las 33.2 semanas de gestación con las que cursaba la paciente, el Centro Latinoamericano de Perinatología coloca a la citada altura uterina por arriba del percentil 90 (P90) en zona de hipertrofia, sin embargo, no se confirmó la fetometría mediante ultrasonido, toda vez que existe un alto riesgo de cursar con producto macrosómico (hasta 46% de probabilidad por los antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2), y sólo refirió índice de líquido amniótico normal (índice de Phelan 20 centímetros) omitiendo que la Guía Práctica de Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo recomienda realizar ultrasonografías cada 4 semanas con medición de la circunferencia abdominal fetal, al inicio del tercer trimestre para identificar a los fetos con*

mayor riesgo de macrosomía, o bien identificar restricción de crecimiento intrauterino". Los médicos de esta Comisión Nacional opinaron que la obesidad grado II de V aumentó el riesgo de complicaciones médicas, como lo es la probabilidad de obtener un recién nacido grande para la edad gestacional o macrosomático, por lo que se debió corroborar la biometría fetal mediante ultrasonido. De lo anterior se advierte, que V1 presentaba factores de riesgo que aumentaban la posibilidad de complicaciones, lo que ameritaba la realización de estos estudios con la finalidad de brindar una adecuada atención.

38. El 5 de noviembre de 2015, en nota médica suscrita por AR1, hizo constar que AR1, AR2 y AR3, registraron que V acudió a valoración con embarazo de 34.4 semanas de gestación y 117 kilogramos de peso, a la exploración física observaron útero gestante, sin contracciones, fondo uterino de 34 centímetros, lo que según la opinión médica de esta Comisión Nacional, era sugestivo de un producto grande para la edad gestacional, lo cual fue confirmado por ultrasonido obstétrico que reportó producto con peso de 3,500 gramos y biometría para 36.3 semanas *"en contraste a las 34.3. semanas de gestación"*. Ante estos parámetros, en términos de la Guía Práctica de Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo debieron implementarse metas de glucemia más estrictas, es decir, que una vez confirmada la macrosomía, AR1, AR2 y AR3 debieron aumentar la dosis de insulina y enviar a V al servicio de nutrición o dietología para ajuste de la dieta y calorías recomendadas a fin de reducir riesgos y, por el contrario, de forma inadecuada se continuó con la misma dosis de insulina y dieta.

39. En nota médica del 12 de noviembre de 2015 V, con embarazo de 35.4 semanas de gestación y 117 kilogramos de peso, acudió a cita con AR1 y AR2, ocasión en la que el personal del citado nosocomio omitió realizar ultrasonido obstétrico que corroborara la biometría fetal para determinar si el producto era grande para la edad gestacional o se encontraba en parámetros normales, debido al alto riesgo de cursar con producto macrosómico, de acuerdo con la opinión de personal médico de este Organismo Nacional. Además, acorde con la Guía Práctica de Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, debido a que V presentaba descontrol glucémico, los

médicos tratantes no aumentaron la dosis de insulina lo que repercutió en la salud de V y en el desarrollo del producto de la gestación. Tampoco se envió a V a nutrición o dietología para ajustar dieta y calorías recomendadas, toda vez que la obesidad grado II, la diabetes mellitus tipo 2 y el descontrol glucémico que V presentaba, eran factores de riesgo que aumentaron la probabilidad de morbilidad materno-fetal.

40. El 19 de noviembre de 2015 AR1 y AR2 valoraron a V, y en nota médica registraron embarazo de 35.4 semanas de gestación y 117 kilogramos de peso, útero gestante con fondo uterino de 35 centímetros, cérvix central reblandecido menor a 1 centímetro, glucosa central preprandial de 89 miligramos (normal), *“OCE permeable y OCI cerrado”*, *“continúa con misma dieta de 2000 calorías e insulina misma dosis”*, *“indicaciones de urgencia y cita en una semana, cita abierta Utqx”*, ocasión en la que en opinión médica de esta Comisión Nacional, el personal del Hospital Regional omitió realizar el estudio para hemoglobina glucosilada, descrita en la práctica médica especializada como la mejor prueba disponible que muestra el control glucémico del paciente con diabetes mellitus, ya que refleja el promedio de glucosa durante los últimos 3 meses. Además, acorde con lo expuesto por el Centro Latinoamericano de Perinatología, en opinión médica de este Organismo Nacional, V tenía el fondo uterino por arriba del percentil 90 en zona hipertrofia sugestivo de un producto grande para la edad gestacional, aunado a los antecedentes de diabetes mellitus tipo II y obesidad grado II, existía una alta probabilidad de un producto macrosómico (igual o mayor a 4000 grs), lo cual constituye una indudable condición de riesgo para la embarazada y su hijo toda vez que aumenta el riesgo de muerte fetal, posible lesión en el nacimiento tanto a la madre como al producto, hipoglucemias y obesidad infantil. Por lo que el personal médico de forma inadecuada no corroboró la biometría fetal, ya que la Guía de Práctica de Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo recomienda realizar ultrasonografías cada 4 semanas con medición de la circunferencia abdominal fetal, al inicio del tercer trimestre.

41. El 26 de noviembre de 2015, en nota médica, AR1, AR2 y AR3 registraron que valoraron a V con embarazo de 37.3 semanas de gestación y 118 kilogramos de peso; acudió a control prenatal, menciona movimientos fetales activos, salida de tapón mucosanguinolento sin salida de líquido, sin sangrado, sin datos de vasoespasmo, cérvix de 1 centímetro de dilatación, presenta contracciones esporádicas de baja duración e intensidad, cita en una semana y acudir a urgencias en caso de alarma obstétrica. Dados los antecedentes, así como parámetros que presentó V1 durante su embarazo, implicaban la vigilancia estrecha del mismo para garantizar una adecuada atención obstétrica. De acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, AR1, AR2 y AR3, de forma inadecuada citaron a V1 para revaloración en una semana, siendo que debieron hacerlo en 18 horas, al cursar fase latente de trabajo de parto, que inició con las contracciones uterinas y presencia de cambios cervicales, todo lo cual aumentó el riesgo de morbilidad materno-fetal, ya que V cursaba con embarazo de alto riesgo, en el cual hay un incremento de probabilidades de resultados adversos, y entre las complicaciones de la gestante con diabetes mellitus, se encuentra la pérdida de la vida del producto.

42. El 3 de diciembre de 2015, V acudió a cita médica y, en el monitoreo que le realizaron, una enfermera del Hospital Regional *“no encontró el latido del bebé”*. En nota médica de esa misma fecha firmada por AR1 hizo constar que V con embarazo de 38.4 semanas de gestación, con diabetes mellitus tipo II, óbito, tratada con insulina intermedia y rápida, obesidad gestacional II y dieta de 2000 calorías, mencionó que presentaba *“DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES DESDE EL DÍA DE AYER POR LA TARDE SIN ACUDIR A SER VALORADA A URGENCIAS MATERNIDAD. CON CONTRACCIONES UTERINAS ESPORÁDICAS. SIN PÉRDIDAS TRANSVAGINALES, SIN SINTOMATOLOGÍA DE VASOESPASMO NI INFLAMATORIA DE VÍAS URINARIAS”*; asimismo, refirió *“HIPOMOTILIDAD DE 24 HRS”*, por lo que se realizó ultrasonido obstétrico *“ENCONTRANDO FETO CON PÉRDIDA DE LA APTITUD, CON PRESENCIA DE GAS EN TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, SIGNO DE SPALDING EN TABLAS OSEAS Y AUSENCIA DE LA FCF...”*

43. En el Certificado de Muerte Fetal de 3 de diciembre de 2015 se asentó como causa de la muerte fetal “*pérdida de la relación fetoplacentaria*” y “*diabetes pregestacional*”, resultados adversos en los que, en opinión médica de este Organismo Nacional, contribuyeron la indebida vigilancia y manejo prenatal proporcionaron AR1, AR2 y AR3 al binomio materno fetal.

44. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, si bien es cierto que los cambios fisiológicos que impone el embarazo a las pacientes con Diabetes Mellitus dificultan el control de la misma, precisamente por ello, deben ser vigiladas de forma adecuada y completa con estudios de laboratorio (Hemoglobina glucosilada, Glucosa, Pruebas de función renal etc.) y de imagen (ultrasonografía), ya que se asocia con morbilidad y mortalidad materna perinatal, lo que en el presente caso se complicó con el registro de obesidad, descontrol glucémico, producto macrosómico (el cual nunca fue descartado), y las inadecuadas valoraciones por parte del personal médico del Hospital Regional, contribuyendo a la pérdida de la vida del producto de la gestación.

45. Por tanto, esta Comisión Nacional concluyó que AR1 y AR2 omitieron reportar biometría fetal el 27 de agosto, 12 y 19 de noviembre de 2015; no indicaron la causa del fondo uterino anormal en notas médicas del 27 de agosto y 22 de octubre de 2015; prescindieron de fetometría en citas del 22 y 29 de octubre de 2015; no aumentaron las dosis de insulina a V en citas del 22 de octubre, 5 y 12 de noviembre de 2015 y no canalizaron a V al servicio de nutrición o dietología para ajuste de dieta y calorías recomendadas ante el descontrol glucémico que presentó en las citadas valoraciones de noviembre de 2015 y de forma inadecuada omitieron realizar hemoglobina glucosilada el 19 de noviembre de 2015, con lo cual se comprometió y deterioró la salud del binomio materno-fetal.

46. Asimismo, AR1, AR2 y AR3, de forma inadecuada el 26 de noviembre de 2015 pasaron por alto corroborar el peso estimado del producto ya que presentaba alto riesgo

de macrosomía, además citaron a V a revaloración en una semana, omitiendo que la paciente cursaba con trabajo de parto en fase latente pasando desapercibido el embarazo de alto riesgo, la obesidad y Diabetes Mellitus 2 de V, factores que incrementaron las probabilidades de resultados adversos.

47. Por todas las razones anteriormente expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones conectados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal.

48. Este Organismo Nacional ha referido reiteradamente en sus Recomendaciones, la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en NOM 007- SSA2-1993, “Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, (actualmente NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”) con especial énfasis en la diabetes gestacional, acorde con lo establecido en la NOM-015-SSA2-2010, “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus” mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

49. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital Regional, involucrado en el caso de V, tenía el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivada del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”,* así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”;* lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece

que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*.

50. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto y la protección de la expectativa de la vida humana. Lo anterior, en el entendido de que la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer⁹.

51. Al existir esta interrelación del binomio materno-fetal, el personal médico debió 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 la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, “Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez¹⁰, así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal¹¹.

52. La vulneración ocasionada al derecho a la protección de la salud de V, por parte del personal del Hospital Regional, constituyó una afectación directa a la protección del producto de la gestación, por lo que, para este Organismo Nacional existen elementos

⁹ CNDH. Recomendación 6/2017, párr. 48.

¹⁰ Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016, 38/2016, 40/2016, 47/2016, 50/2016, y 54/2016, 57/2016, 58/2016, 61/2016, 5/2017, 6/2017 y 7/2017 emitidas por esta Comisión Nacional.

¹¹ CNDH. Recomendación 6/2017, párr. 49

suficientes que permiten concluir que las irregularidades en la atención médica otorgada a V por parte del personal adscrito al Hospital Regional, contribuyeron en la pérdida del producto de la gestación.

2. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción de V.

53. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de las personas son el núcleo esencial del consentimiento informado, especialmente en la atención de la salud, previstos en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

54. Por su parte, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que el consentimiento informado es un derecho fundamental de las pacientes dado que *“es consecuencia necesaria o explicitación de derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia, el cual consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucrados”*¹².

55. En materia reproductiva, este derecho ha sido desarrollado en los distintos órganos de protección internacional, regional y nacional de los derechos humanos. En torno a ello, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha destacado algunos elementos que son parte integrante de un proceso de consentimiento informado: i) informar sobre la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas

¹² CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 41.

razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos; ii) tomar en cuenta las necesidades de la persona así como asegurar que la persona comprenda la información brindada; y iii) asegurar que el consentimiento que se brinde sea libre y voluntario¹³.

56. En este sentido, las autoridades estatales tienen la obligación de garantizar el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos¹⁴.

57. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en la Recomendación General 21 sostuvo que: *“Para tomar una decisión informada sobre las medidas anticonceptivas seguras y confiables, las mujeres deben tener información acerca de los métodos anticonceptivos y su uso, y se les debe garantizar el acceso a una educación sexual y a servicios de planificación familiar”;* asimismo, ha enfatizado que *“son aceptables los servicios [de salud] que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”*¹⁵.

58. El consentimiento informado al ser uno de los derechos que subyace en el derecho a la información, los servicios médicos tienen la obligación de facilitar información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las y los usuarios. Por lo anterior, los proveedores de servicios de salud deben garantizar que las mujeres den su consentimiento informado para cualquier procedimiento de salud reproductiva, sin ningún tipo de coerción, violencia o discriminación y que sea respetada su decisión¹⁶.

¹³ Idem párr. 39.

¹⁴ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 24.

¹⁵ Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Caso A.S vs Hungría*, comunicación No. 4/2004, párr. 11.3.

¹⁶ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 26

59. Al respecto la NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar refiere que el *“Consentimiento informado: es la decisión voluntaria del aceptante para que se realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones”*. Asimismo, el personal médico se encuentra obligado a *“tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo especial”*¹⁷

60. Asimismo, en la NOM-005-SSA2-1993, se menciona que la planificación familiar se debe ofrecer con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad; que los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población. De igual forma, debe proporcionarse a mujeres y hombres información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y Desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo. La consejería debe tomar en cuenta en todo momento que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta, que los servidores públicos que proporcionen la información sobre planificación familiar deben tomar en cuenta los elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir la información en forma clara y accesible y no debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional¹⁸.

¹⁷ Numeral 5.4.2.3 Norma Oficial Mexicana, Nom-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

¹⁸ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 34.

61. La Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, en su numeral 5.7.4. precisa que la oclusión tubaria (OTB) es un método anticonceptivo permanente para la mujer, por lo que entre otros puntos, *“requiere de un proceso amplio de consejería previa a su realización”*.

62. La OTB es un método de planificación familiar que consiste en la identificación de las trompas de Falopio para ser ligadas y después resecaadas, prácticamente irreversible, por lo que la aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento, ya que no podrá embarazarse posteriormente.

63. Al respecto la OMS ha declarado que *“la esterilización femenina pretende ser permanente y generalmente no puede revertirse”*. Sobre dicho procedimiento ha sostenido que: *“la cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres-aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso entre estas mujeres, la reversión a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la reversión, el riesgo que el embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto la esterilización debe considerarse irreversible”*¹⁹.

64. La información acerca de la oclusión tubaria bilateral debe impartirse con anterioridad, en las diferentes oportunidades de consulta o visita y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización; debe tenerse especial interés en proporcionar asesoría durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea o postaborto y no efectuarse bajo situaciones de presión emocional²⁰.

65. En el presente caso, del análisis del expediente clínico, esta Comisión Nacional observó que V fue valorada por AR4 a las 15:56 horas del 3 de diciembre de 2015, quien en nota médica describió: *“... Diagnóstico preoperatorio: paciente de 34 años de edad G2 C1 + embarazo de 38.4 SDG X amenorrea confiable + producto macrosómico +*

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS) Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores. 2011, párr. 181.

²⁰ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 49.

diabetes pregestacional + obesidad + paridad satisfecha. Cx proyectada cesárea kerr, tipo de cirugía: Urgencia...”, “... se trata de paciente en la cuarta década de la vida, secundigesta nulípara, portadora de diabetes mellitus tipo 2, con embarazo de término y producto óbito, probablemente macrosómico por lo que se decide interrupción del embarazo vía abdominal, se explica a paciente sobre manejo a seguir, así como riesgos y complicaciones, acepta cesárea y OTB y firma consentimientos (sic) informados”.

66. La Comisión Nacional constató que si bien en la copia del expediente clínico se observa un consentimiento informado suscrito por V y su madre, el personal médico del ISSSTE omitió considerar la situación de vulnerabilidad en que ambas se encontraban, toda vez que como lo refirió V en su queja, plasmó su signatura en medio del dolor de la pérdida de su “bebé” y del miedo a que le pasara algo con la finalidad de que le realizaran la cesárea lo más pronto posible, aunado a que no le explicaron el procedimiento del método anticonceptivo definitivo a que se sometería, lo que se corrobora con la propia hoja de consentimiento informado, pues en ninguna parte explica el procedimiento y los alcances de la cirugía OTB a la que sería sometida, por lo que no puede considerarse que efectivamente haya otorgado su consentimiento informado.

67. La Comisión Nacional enfatiza que la forma en que AR4 recabó el consentimiento de V, al momento de enterarle del fallecimiento de su “bebé”, previo a una cesárea, constituye una vulneración al derecho al consentimiento previo e informado. De ninguna manera es aceptable obtener el consentimiento informado de una paciente bajo la vulnerabilidad en que se encuentra por el acto quirúrgico al que sería sometida para la extracción del óbito fetal.

68. Al respecto, el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia (FIGO) en sus “Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y Ginecología” apuntó que: “El consentimiento de la mujer (...) no debe solicitarse cuando la mujer está en situación de vulnerabilidad como por ejemplo cuando va a una interrupción del embarazo, está en

*trabajo de parto o cuando está en el pos-parto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias*²¹.

69. En el expediente clínico no se hizo constar que la realización de la OTB atendiera a una emergencia médica, por lo que el personal del ISSSTE debió asegurarse que el consentimiento informado se obtuviera en un momento diferente y no como condicionante al evento quirúrgico cuando V se encontraba en una situación de especial vulnerabilidad.

70. Este Organismo Constitucional entiende que la libre elección de un método anticonceptivo por parte de las mujeres debe ser respetada de manera absoluta por parte del personal médico y bajo ninguna circunstancia éstos podrán deliberadamente imponer alguno, aun y cuando consideren que un método determinado es mejor que otro²².

71. Por los argumentos expuestos, la Comisión Nacional concluye que AR4, vulneró el derecho a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción en agravio de V, contraviniendo los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos constitucional; 16.1 inciso e), de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas y 1, 5.1.1, 5.3, 5.4.1, 5.4.2.1, 5.4.2.3, 5.4.4, 6.4, 6.4.8, 6.5.1 y 6.5.8 de la referida norma oficial mexicana *“De los servicios de planificación familiar”*, que indican que dentro de un marco absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos.

72. Aunado a las vulneraciones descritas, la *“Carta de consentimiento informado para métodos anticonceptivos”* incumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su Apéndice A; toda vez que se omitió el nombre completo y

²¹ *“Esterilización contraceptiva femenina”*, Antecedentes, p. 8, pág. 437. octubre de 2012, y CNDH. Recomendación 61/2017, párr. 66.

²² CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 36 y 58/2016, párr. 84.

firma de los testigos, así como del médico responsable que recabó la autorización, asimismo, el artículo 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica al carecer el aludido consentimiento informado de la firma de dos testigos idóneos designados por la paciente o por quien suscribió, y si bien no inciden de manera directa con el daño a la salud de V, tales omisiones administrativas corroboran la irregular prestación del servicio público en materia de salud. De igual modo, se incumplió la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar, al no proporcionarse el proceso amplio de consejería.

3. Derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos.

73. Como ya se señaló, el derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el segundo párrafo del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

74. 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”*²³

75. 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”*. Asimismo sostuvo que: *“La falta de salvaguardas legales*

²³ CNDH. Recomendación 58/2016, párr. 108, 61/2016, párr. 70 y 31/2016, párr. 22.

*para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva*²⁴.

76. 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”*. 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, en consecuencia, se encuentra protegida por el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos²⁵.

77. Por su parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha sostenido que el concepto de vida privada, engloba aspectos de la identidad física y social, incluyendo el derecho a la autonomía personal, desarrollo personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior. Asimismo, sostuvo que la protección a la vida privada incluye el respeto de las decisiones tanto de convertirse en padre como en madre²⁶.

78. En el presente caso la Comisión Nacional constató de las evidencias del expediente, que a V le fue aplicada una oclusión tubaria bilateral sin consejería y formalidades respectivas, es decir, sin una amplia explicación del procedimiento quirúrgico que se le realizó. En este sentido, el derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, incluye el momento en que se decide tenerlos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información de los medios para ello²⁷, por tanto, resulta indudable que la aplicación de un método obtenido en los términos descritos a V de la OTB, al ser un método definitivo la imposibilita a decidir sobre el número de hijos, lo que a su vez afectó la integridad de V.

²⁴ Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148. Invocado en las supracitadas Recomendaciones 31, 58 y 61/2016.

²⁵ Demanda de Gretel Artavia Murillo (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica, 29 de julio de 2011, párr. 76.

²⁶ TEDH. “Pretty v. The United Kingdom”, Aplicación 2346/02, 29 de abril de 2002, párr. 61; y “Evans v. The United Kingdom,” Aplicación 6339/05, 10 de abril de 2007, párr. 71.

²⁷ CNDH.- Recomendación 3/2017, párr. 39.

4. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V.

79. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 1, 4, 5, 6, fracción VI, 35 y 46, fracciones II, y X, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia en contra de 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”*²⁸.

80. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 31/2017 advirtió que: *“En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género”*; igualmente se sostuvo que: *“Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”*²⁹.

81. *“La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por algunos prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida*

²⁸ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 116; Recomendación 58/2016, párr. 99, Recomendación 31/2016, párr. 40, y 3/2017, párr. 40.

²⁹ Párrafos 8 y 91.

de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos [...]»³⁰.

82. Este Organismo Nacional destaca que actualmente en 20 entidades federativas del país, incorporaron la violencia obstétrica como parte de las Leyes de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia respectivas, y en 12 Estados del país han incluido la falta de consentimiento libre e informado en servicios de anticoncepción o planificación familiar como un acto constitutivo de violencia obstétrica³¹.

83. Derivado de ese contexto, existe un consenso importante en México para visibilizar que las prácticas médicas que no respetan la decisión de las mujeres sobre un método de anticoncepción sean consideradas violencia obstétrica.

84. En el presente caso, la Comisión Nacional constató de las evidencias del expediente, que al aplicar la oclusión tubaria bilateral (OTB) a V sin pleno conocimiento del procedimiento quirúrgico que se le realizaría y en un estado emocional de vulnerabilidad, constituye un acto de violencia obstétrica en su agravio.

85. 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, y no puede reducirse solo a las difíciles condiciones en las que laboran los servidores públicos en las instituciones de salud o a un problema de formación en la ética del personal médico, sin dejar de tomar en cuenta la responsabilidad institucional por las carencias de recursos humanos y materiales al que en diversas ocasiones se enfrentan.

86. En ese orden de ideas, en términos de la opinión médica de personal de este Organismo Nacional la cesárea que solicitó V no estaba contraindicada; sin embargo, AR1 y AR2 hicieron caso omiso a las manifestaciones que V externó el 5 y 26 de

³⁰ CNDH. Recomendación 38/2016, del 19 de agosto de 2016, párr. 82 y 3/2017, párr. 41.

³¹ Campeche, Coahuila, Chiapas, Colima, Ciudad de México, Guanajuato, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz.

noviembre de 2015, en el sentido de que estaba preocupada porque el doctor que la atendió en su primer embarazo le realizó una cesárea e indicó que su canal de parto era estrecho, así como que su médico tratante le informó el 19 del mes y año citado, que tenía un centímetro de dilatación por lo que en la semana le daría fecha de cesárea en caso de no desencadenar labor de parto, lo que también constituye una forma de violencia obstétrica, con lo cual, las y los proveedores de servicios de salud omitieron garantizar el derecho de V a una vida libre de violencia.

87. Esta Comisión Nacional no pasa por alto que V refirió ser agraviada por AR1 quien al realizarle el tacto la lastimó y comentó: *“la señora no se deja y no pude sentir nada”*. Asimismo, exclamó *“mujer a la que le dicen cesárea ya no quiere batallar...”*, expresiones respecto de las que la autoridad tuvo conocimiento al recibir copia de la queja de V y no realizó manifestación alguna sobre ello, ni aportó elementos que las desvirtuaran, por lo que de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de la Ley de Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen por ciertos los hechos expresados al efecto en la queja, y consecuentemente se actualiza una de las modalidades de la violencia obstétrica.

88. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR3 es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (*“Convención de Belém Do Pará”*).

5. Responsabilidad.

89. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que las condiciones de salud de V apuntaban a un embarazo de alto riesgo en razón de las posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación, por lo que tanto V como el producto de la gestación debieron recibir un control más completo por AR1, AR2, AR3 y AR4 a efecto de evitar comprometer aún más la salud y vida del binomio, y no obstante ello, incurrieron en las conductas ya descritas en los apartados que anteceden,

mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva, a elegir el número y espaciamiento de los hijos, así como a el derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V; consecuentemente, son responsables de incumplir con las obligaciones previstas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de los Servidores Públicos, vigente en la época en que sucedieron los hechos, de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos.

6. Reparación integral del daño.

90. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público 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 hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

91. En términos de los artículos 1º, 2º, fracción I, 7º, fracciones II, VI, VII y VIII, 8º, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción IV, 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 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 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud, al derecho a la libertad y autonomía reproductiva, a elegir el número y espaciamiento de los hijos, así como a una vida libre de violencia obstétrica, se deberá inscribir a V en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que, en lo conducente, tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral. Para tal efecto, esta Comisión Nacional,

remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

92. La atención médica y psicológica que se preste a la víctima, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

93. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

94. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

c) Garantías de no repetición.

95. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para evitar que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda, impartir cursos de capacitación y talleres, que deberán proporcionarse a todo el personal que labora en el Hospital Regional. Estos deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación, deberán prestarse por personal calificado y con experiencia en derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos

de las mujeres, especialmente en libertad y autonomía reproductiva, en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción. Éstos deberán ser impartidos con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

96. De igual forma, se recomienda generar un sitio accesible que permita una amplia difusión dirigida a los derechohabientes y beneficiarios del Instituto respecto de los métodos de planificación familiar, sus efectos y consecuencias de manera concreta, clara y precisa a través de recursos que faciliten su comprensión como pudieran ser folletos.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

97. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación, la autoridad responsable deberá indemnizar a V conforme a la Ley General de Víctimas.

e) Daño al proyecto de vida.

98. El proyecto de vida, atiende a *“la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, actitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”*³², se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para condicionar su vida y alcanzar el destino que se propone e implica *“la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal en forma irreparable o muy difícilmente reparable”*³³.

³² Corte IDH. *Caso Loaiza Tamayo vs. Perú. Fondo*. Sentencia de 17 de septiembre de 1997, párr. 147.

³³ *Ibid.* párr. 150.

99. En el presente caso, la esterilización forzada que sufrió V de 34 años de edad, 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 espaciamiento³⁴. Por esta razón la Comisión Nacional estima que la autoridad, debe tomar en cuenta para determinar la compensación a V, por dicho daño.

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. Se tomen las medidas para reparar el daño a V con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital Regional, que incluya una compensación acorde a la Ley General de Víctimas con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica y psicológica a V con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital Regional, con relación a la afectación que se le ocasionó con las violaciones a los derechos humanos descritos en la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el Hospital Regional un curso integral de educación, formación y capacitación sobre los derechos humanos de las mujeres, específicamente sobre los temas de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente en libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción y violencia obstétrica, y otro sobre las normas oficiales mexicanas referidas en la presente Recomendación, que se imparta al personal

³⁴ CNDH. Recomendación 61/2016, párr. 146.

de control prenatal del referido nosocomio. Dicho curso deberá ser impartido por personal especializado, con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitirán a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se implemente una campaña de difusión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como de métodos de planificación familiar, precisando el sitio accesible en que se generará, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas de cumplimiento.

QUINTA. Se giren instrucciones a quien corresponda a fin de que se emita una circular en la que se explique al personal médico y de salud del ISSSTE relacionado con el tema, que deben proporcionar consejería adecuada y en condiciones de no vulnerabilidad, sobre planificación familiar a las mujeres embarazadas, previo a la suscripción de la solicitud del consentimiento para la aplicación del método seleccionado, constancias que de manera obligatoria deben integrarse en el expediente clínico, así como respetar las decisiones de las pacientes en lo concerniente a tales servicios, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, contra los médicos involucrados en el presente caso, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SÉPTIMA. Girar instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1, AR2, AR3 y AR4, a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron en agravio de V, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

OCTAVA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se inscriba a V en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Designar al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

100. 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 servidores públicos 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.

101. 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.

102. 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.

103. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, 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 de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ