



RECOMENDACIÓN NO. 45/2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA INTEGRIDAD FÍSICA, A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA, DERECHO A ELEGIR EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS, ASÍ COMO AL PROYECTO DE VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 9 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD GUZMÁN, JALISCO.

Ciudad de México, a 22 de septiembre de 2021

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

Distinguido señor Director:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, 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, así como 128 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2017/8333/Q** relacionado con el caso de V1 sobre violencia obstétrica y la realización de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).



2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron 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; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, y 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. Los datos referidos 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.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
F	Familiar
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

4. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación y evitar repeticiones innecesarias, se aludirá a las diversas instituciones, dependencias y normatividad



con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres	CEDAW
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional CNDH Organismo Nacional Organismo Autónomo
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Dispositivo Intrauterino	DIU
Hospital General de Zona Número 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco	HGZ No. 9
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Método de Planificación Familiar	MPF
Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar”	NOM-005-SSA2-1993



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
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas	ODS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	PIDESC
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Medicina Familiar Número 33 en Tonilá, Jalisco	UMF 33

I. HECHOS.

5. El 7 de noviembre de 2017, este Organismo Nacional recibió el escrito de V1, mujer de 31 años de edad, en el que expuso que es beneficiaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por parte de su esposo V2, quien es derechohabiente del mismo, por lo que durante su embarazo llevó el control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Número 33 en Tonilá, Jalisco y, en ocasiones, acudió a realizarse estudios y ultrasonidos al HGZ No. 9, en Ciudad Guzmán, en esa entidad federativa.



6. Agregó V1 en su queja que, a partir del séptimo mes de embarazo comenzó a tener presión arterial alta, por lo que de manera constante le medían ésta. Entre el 21 y 22 de enero de 2017, el médico tratante del HGZ No. 9 le entregó un documento en el que hizo constar que ella no era hipertensa ni existía algún problema con el embarazo.

7. El 29 de enero de 2017, cuando tenía 38 semanas de gestación, comenzó con dolores de parto y tenía la presión arterial alta, por lo que aproximadamente a las 12:00 de la noche ingresó al área de urgencias del HGZ No. 9, en donde le dieron un medicamento para estabilizar la presión. Durante el 30 de ese mes y año, el trabajo de parto continuó, por lo que le aplicaron un medicamento para dilatar; el 31 del mismo mes y anualidad, sólo había dilatado dos centímetros y le volvieron a suministrar una medicina para regular la presión, continuando el trabajo de parto.

8. El 1° de febrero de 2017, AR1 revisó a V1 y le dijo que no tenía líquido amniótico, por lo que en el turno de las 14:00 horas la trasladaron a quirófano. Asimismo, V1 abundó que hizo notar a AR1 su preocupación por ello. Que ésta le contestó *“malhumorada y de forma muy cortante: sí, ya sé, ya me pasaron el reporte”*, y le indicó que le harían una cesárea urgente; además, le preguntó a V1 si ya había hablado con su esposo, V2, sobre no tener más hijos, a lo que respondió que aún no había tratado el tema; entonces AR1 en un tono brusco le dijo que era una irresponsable, que *“cómo era posible que a esas alturas no hubiese hablado con él”* y la cuestionó *“cuántos días más quieres durar aquí”;... “ahorita voy a salir a hablar con tu esposo, sólo espero que no sea un macho de esos que no entienden, y es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué horas te alivias”*, y salió a hablar con V2 y F1, que se encontraban en la sala de espera del HGZ No. 9.

9. Posteriormente, tanto V2 como F1 le mencionaron que la médica AR1 se presentó con ellos, y les informó de forma muy grosera que por motivos de salud no era conveniente que V1 tuviera otro embarazo por las *“presiones altas”* que presentó; que V1 estaba de acuerdo y ya había firmado *para que le practicasen la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB)*, sin que ellos tuvieran contacto directo con V1;



ambos creyeron lo expuesto por la médica y firmaron como testigos en el formato que ésta les entregó.

10. Después, AR1 regresó con V1 a quien le señaló que V2 había firmado el consentimiento para la realización de la OTB y le mostró un documento, pero no lo revisó con detenimiento porque estaba cansada y se sentía mal por estar en labor de parto desde hacía cuatro días y casi 60 horas hospitalizada; además, por la forma en que AR1 le habló, se sintió presionada e intimidada, por lo que firmó el consentimiento para ello, sin que le permitiera ver o conversar con sus familiares.

11. Debido a lo expuesto, V1 considera que el actuar del personal médico fue inadecuado, ya que se le indicó la práctica de la OTB en un momento en que se sentía cansada y preocupada por la condición de su salud antes descrita y la de su hijo a punto de nacer, además de que no recibió consejería adecuada para tal efecto, siendo presionada y hasta regañada para tomar la decisión minutos antes de entrar al quirófano.

12. V1, en su escrito de queja mencionó que, por los hechos antes narrados fue víctima de esterilización forzada y se violó su autonomía a la salud y a la integridad física.

13. El 15 de marzo de 2018, V1 en entrevista telefónica con personal de esta Comisión Nacional, reiteró que el día de la cirugía no le explicaron en qué consistía la OTB, sólo firmó el consentimiento como lo narró en su escrito de queja, y que cuando estuvo internada en el HGZ No. 9, dos médicos de turno que “*pasaban*” donde estaba le preguntaron “*cómo se iba a cuidar para no tener hijos*”, respondiéndoles que con el dispositivo. Además, el día que acudió al hospital para revisión en febrero de 2017, fue cuando el encargado de urgencias le explicó en qué consistía.

14. Derivado de la queja antes descrita, esta Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/4/2017/8333/Q, y para su integración, se solicitó y recibió del



Instituto Mexicano del Seguro Social, información sobre los hechos antes narrados, además, personal de este Organismo Nacional realizó entrevistas con V1, V2 y F1, evidencias cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el Capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

15. Escrito de queja de 29 de octubre de 2017, presentado por V1 ante esta Comisión Nacional.

16. Oficio 095217614BB0/0029, de 4 de enero de 2018, por el que la Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS remitió copia de documentación relativa al caso, de la que se destaca la siguiente:

16.1. Oficio sin número, de 22 de diciembre de 2017, mediante el cual AR6, Director del HGZ No. 9 del IMSS en Ciudad Guzmán Jalisco, rindió el informe sobre los hechos materia de la queja.

16.2. Copia del expediente clínico de V1 integrado en el HGZ No. 9 del IMSS en Ciudad Guzmán, Jalisco, de cuyas constancias se advierten las siguientes:

16.2.1. Nota médica de 19 de enero de 2017, emitida por personal médico en la que asentó "*Sin MPF*".

16.2.2. Solicitud de internamiento, de 30 de enero de 2017, de las 00:40 horas, de V1, en la que se estableció como diagnóstico: embarazo de 37.2 semanas de gestación e hipertensión gestacional.

16.2.3. Hoja de Valoración de Tococirugía, de 1° de febrero de 2017, de las 14:50 horas, de AR1, en la que se asentó que se decidió interrupción del embarazo por vía abdominal, se comentó con paciente y familiares, y pasó a V1 a quirófano.



16.2.4. Formato de Consentimiento Informado de Planificación Familiar del 1° de febrero de 2017, para la realización de la OTB, suscrito por V1, V2, F1 y AR1.

16.2.5. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, de 1° de febrero de 2017, con los nombres de V1 y V2 en la que AR1 asentó como operación proyectada la cesárea Kerr y la OTB.

16.2.6. Nota Preoperatoria de 1° de febrero de 2017, de las 15:10 horas, elaborada por AR1, en la que asentó como operación proyectada: cesárea tipo Kerr y OTB.

16.2.7. Nota médica de 1° de febrero de 2017, realizada por AR1 sobre Terminación de Embarazo, y obtención de recién nacido vivo, de las 16:05 horas.

16.2.8 Nota médica de 1° de febrero de 2017, de las 17:00 horas, en la que AR1 refirió las cirugías realizadas a V1: cesárea y salpingoclasia.

16.2.9. Nota de alta médica, de 3 de febrero de 2017, por favorable evolución y mejoría clínica de V1.

17. Acta circunstanciada de 15 de marzo de 2018, en la que una visitadora adjunta de este Organismo Nacional hizo constar la entrevista, vía telefónica, que sostuvo con V1 en la que señaló que la queja era por la OTB que le realizaron.

18. Oficio 095217614C21/102, de 13 de marzo de 2018, por el cual la Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS remitió copia de los siguientes documentos:



18.1. Oficio 142203002215/067/2018, de 2 de marzo de 2018, mediante el cual el Subdirector Médico del HGZ No. 9 del IMSS informó sobre el servicio médico que se brindó a V1 y sobre el Consentimiento Informado en Planificación Familiar que ésta firmó.

18.2. Informe de 6 de marzo de 2018, suscrito por AR1, con relación a los hechos motivo de la queja.

19. Acta circunstanciada de 18 de mayo de 2018, en la que se hizo constar las entrevistas que el 17 de ese mes y año, una visitadora adjunta de este Organismo Nacional realizó a V1, V2 y F1, así como a una de las representantes legales de V1.

20. Escrito recibido por esta Comisión Nacional el 8 de julio de 2019, que presentó la representante legal de V1, en el que realizó actualización del caso, y anexó una evaluación psicológica de V1, de 22 de abril de 2019, emitida por una psicóloga particular, en la que se menciona que V1 presentaba afectación emocional.

21. Opinión Médica elaborada por personal adscrito a esta Comisión Nacional de 12 de abril de 2021.

22. Opinión psicológica emitida por personal adscrito a este Organismo Nacional, del 29 de abril de 2021.

23. Versión Pública del Proyecto de Sentencia del Juicio de Amparo en revisión 1064/2019 emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, aprobada por unanimidad en sesión del 26 de mayo de 2021, misma que aún se encuentra en engrose.



III. SITUACIÓN JURÍDICA.

24. El 28 de febrero de 2018, V1, a través de su representante legal interpuso un Juicio de Amparo indirecto, ante el Juez Tercero de Distrito en Materia Administrativa y de Trabajo en el Estado de Jalisco, en contra del HGZ No. 9 del IMSS, por el trato recibido en la atención preparto, parto y post parto; falta de atención médica adecuada y esterilización forzada, tratos crueles, inhumanos y degradantes durante la atención del parto e incumplimiento del punto 5.7 de la NOM 005-SSA2-1993 que derivó en la citada esterilización forzada.

25. El 23 de abril de 2018, la autoridad jurisdiccional sobreseyó dicho Juicio por considerar, entre otros, que la existencia de un documento de consentimiento informado firmado por V1 era suficiente para desvirtuar los actos reclamados; le brindaron atención médica adecuada, y se realizó consejería durante su estancia hospitalaria.

26. Debido a ello, el 10 de mayo de 2018, V1 interpuso recurso de revisión en contra de esa resolución, y el 6 de febrero de 2019, solicitó al Presidente de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el ejercicio de la facultad de atracción, petición que fue aceptada y, en sesión de 26 de mayo de 2021, la Primera Sala de la SCJN resolvió por unanimidad, que amparaba a la promovente, considerando, entre otros, que se le practicó una esterilización no consentida, pues su consentimiento no fue pleno, libre ni informado, al obtenerse en un ambiente de estrés, amenazas e intimidación durante la labor de parto. La esterilización constituyó violencia de género; fue víctima de violencia obstétrica; y la esterilización no consentida que le fue practicada constituyó tortura. Actualmente se encuentra en engrose.

IV. OBSERVACIONES.

27. En atención a los hechos y a las constancias que integran el expediente CNDH/4/2017/8333/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la



Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico y con perspectiva de género, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de precedentes emitidos por la Comisión Nacional y de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH; este Organismo Nacional cuenta con elementos de convicción que permiten evidenciar la existencia de violaciones a los derechos humanos de V1, por lo que se realizará el siguiente análisis: 1. Derechos a la protección de la salud materna y a la integridad física, 2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica, 3. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva, 4. Derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, y 5. Derecho al proyecto de vida.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

28. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del PIDESC, que reconoce el 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 *“El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, tutelado en el citado artículo 12, 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 salud¹.

¹ “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: 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.



29. 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 “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”².

30. Por su parte, el artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, reconoce que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; al respecto, la SCJN resolvió que el Estado debe garantizar el derecho a la salud y brindarlo con calidad, entendiendo ésta como “[...] la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”³, a través de “[...] los servicios de salud en todas sus formas y niveles”⁴.

31. 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 Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

32. 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, complementariamente la OMS define a la salud, como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”⁵.

² ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “*Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*”. Tercer Objetivo.

³ 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.

⁴ *Ibidem*.

⁵ OMS, ¿Cómo define la OMS la salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>, última visita 26 de agosto de 2021.



33. La interdependencia de este derecho debe considerarse en todo momento, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos como a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁶

34. Este Organismo Autónomo 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*”⁷.

A.1 DERECHO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL

35. En el caso de las mujeres, específicamente en las que se encuentran embarazadas, en parto o puerperio, el derecho de acceso a la salud es esencial y debe garantizarse desde las necesidades específicas requeridas en cada caso.

36. El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “*La Mujer y la Salud*”, señala que “*el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra*

⁶ 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

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



la mujer”⁸ y que “[e]s 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 que deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”⁹.

37. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]”¹⁰.

38. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”¹¹, garantizando su salud y bienestar.

39. La obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva, es un deber previsto en el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015 con la

⁸ Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, Recomendación General N° 24 “La Mujer y la Salud”, Párrafo 1.

⁹ Ibid. Párrafo 27.

¹⁰ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

¹¹ ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.



finalidad de que los Estados Miembros renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento.

40. En el ámbito regional, la CIDH en su informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”¹².

41. 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 Nacional 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”¹³, por lo que “[a]l 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”¹⁴.

¹² CIDH. Informe “*Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

¹³ CNDH. Recomendación General no. 31/2017 “*Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud*”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹⁴ *Ibíd.*, párr. 181.



A.2 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL PARTO DE V1.

42. V1, con 37 semanas de gestación, arribó al HGZ No. 9, el 30 de enero de 2017, a las 00:10 horas. El personal médico que la valoró registró que presentaba hipertensión gestacional, con datos de vasoespasmo (sin especificar cuáles) y movilidad fetal normal. Reportó temperatura y frecuencias cardíaca y respiratoria dentro la normalidad; además, tensión arterial elevada de 155/104 mmHg¹⁵; indicó un centímetro de dilatación y 30% de “borramiento”, y anotó como antecedente una hospitalización que tuvo V1 el 19 de enero de 2017, por hipertensión gestacional.

43. De acuerdo con la Opinión Médica de personal médico de este Organismo Nacional, de manera adecuada el personal médico indicó la hospitalización de V1; la aplicación de soluciones intravenosas; manejo antihipertensivo; monitorización de la tensión arterial materna y frecuencia cardíaca fetal.

44. A las 00:40 horas, *del mismo 30 de enero de 2017*, AR1, adscrita al área de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 9, señaló en su nota médica el ingreso de V1, que tenía una contracción cada 20 minutos, es decir, presentaba actividad uterina irregular, y membranas íntegras, determinando que cursaba con “pródromos”, los cuales según la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional, la bibliografía médica establece que *los pródromos* de trabajo de parto se presentan cuando el cuello uterino no está dilatado ni borrado, con contracciones uterinas irregulares¹⁶.

45. Ahora bien, considerando la descripción anterior, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, V1 estaba en fase latente del trabajo de parto, no en *pródromos de trabajo de parto*, como lo asentó AR1. Tal situación contribuyó a establecer una inadecuada cuantificación del tiempo del

¹⁵ Normal 120/80 mmHg

¹⁶ Protocolo de atención del parto de bajo riesgo. Ministerio de Salud, pág. 157. https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235



trabajo de parto y, en consecuencia, a pasar inadvertidas diversas anomalías en la progresión del parto como ocurrió en este caso¹⁷, específicamente, la prolongación de la fase latente que se analizará posteriormente.

46. En la citada nota médica, de 30 de enero de 2017, se advierte la indicación de AR1 para monitorear la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina de V1, pero no estableció la temporalidad para llevar a cabo dicha vigilancia, incumpliendo con dicha omisión, con la NOM-007-SSA2-2016, que establece que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos y la frecuencia cardiaca fetal debe realizarse durante y después de las contracciones, sugiriendo un control cada 30 a 45 minutos¹⁸, además de que el progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente la progresión del parto o complicaciones¹⁹.

47. Conforme a la Opinión Médica precitada, respecto de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas, es importante destacar los siguientes puntos:

48. El registro de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal, se realizó de la siguiente manera:

- 30 enero de 2017: 1:00, 2:00 2:30, 3:00, 4:00, 5:00, 5:30, 6:00, 6:40, 14:23, 15:00, 16:00, 16:40 17:10, 17:50, 18:30, 20:0 21:00 horas.
- El 31 de enero de 2017 únicamente a las 9:20 horas.,
- El 1 de febrero de 2017 a las 5:20, 9:30 y 14:30 horas.

49. Como se puede observar, si bien de las 01:00 horas a las 06:40 horas, y de las 14:23 horas a las 18:30 horas del 30 de enero de 2017, se dio cumplimiento lo más apegado al tiempo establecido en la NOM-007-SSA2-2016, también se advierte que ese mismo día transcurrieron más de siete horas sin que se realizara monitorización

¹⁷ Distocias

¹⁸ NOM-007-SSA2-2016. Punto 5.5.10.

¹⁹ Ibid. Punto 5.5.11.



alguna (de las 06:41 a las 14:22 horas), pese a que V1 cursaba con alteración hipertensiva del embarazo, siendo imperante la vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal, precisamente porque a las 14:23 horas, se reportó la constante vital del producto de la gestación elevada a 167 latidos por minuto²⁰, es decir, cursaba con taquicardia fetal e hipoxia leve.

50. Estos datos muestran que, el 30 de enero de 2017, no se llevó a cabo una monitorización obstétrica adecuada durante el trabajo de parto. También se observa que, entre el 30 y 31 de ese mes y año, transcurrieron casi 12 horas sin monitoreo, ya que pasó toda la madrugada entre ambos días sin registros que lo acrediten. De igual modo, el 31 de enero de 2017, V1 fue monitoreada a las 09:21 horas, pasando aproximadamente 19 horas más para su siguiente monitoreo, que fue el 01 de febrero a las 05:19 horas.

51. Lo anterior, indudablemente evidencia que se llevó a cabo una inadecuada vigilancia obstétrica durante el trabajo de parto de V1, lo cual incrementó el riesgo de pasar inadvertidas alteraciones tales como el sufrimiento fetal, lo que elevó la morbilidad y mortalidad fetal y/o neonatal.

52. Este inconstante monitoreo también implicó la omisión de vigilar y registrar las contracciones uterinas, a pesar del antecedente de cesárea previa por falta de progresión del trabajo de parto de V1, lo que también revela la inadecuada monitorización obstétrica durante el trabajo de parto.

53. Cabe mencionar que, de acuerdo con la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional, en el partograma se advierte que se omitió el registro de la tensión arterial los días 30 y 31 de enero, y 01 de febrero de 2017, cuando la constante vital se debió de tomar y registrar cada 2 horas; sobre todo considerando el antecedente de que V1 ya había tenido hipertensión gestacional en otro embarazo, y en el que cursaba presentaba alteración hipertensiva del embarazo. Tal situación sustenta la inadecuada vigilancia, registro e interpretación de las

²⁰ Normal 120 a 160 latidos por minuto.



constantes vitales de V1, en particular de la tensión arterial materna, lo cual era necesario para determinar el trastorno hipertensivo gestacional y valorar el manejo antihipertensivo indicado. Asimismo, aumentó el riesgo de pasar inadvertida la evolución de la hipertensión gestacional hacia cuadros más graves y desfavorables, tales como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de *Hellp*, y como resultado, incrementó la morbilidad y mortalidad materno fetal.

54. En este sentido, en el 2011, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto, entre las que se encuentran:

- La aplicación de las recomendaciones debe basarse en la consideración del estado general de la mujer y su bebé, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía.
- La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños.
- **No se debe dejar desatendidas a las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se usa oxitocina.**
- La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las múltiparas.

55. La Opinión Médica elaborada por persona especialista de esta Comisión Nacional continua señalando que conforme a la Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, la inducción y conducción del trabajo de parto normal debe tener justificación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria, por lo que se deben observar las indicaciones y contraindicaciones al respecto y tomar en cuenta las condiciones



del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de *Bishop* que es favorable cuando es mayor de 6.

56. Añade que la NOM-007-SSA2-2016, en el numeral 5.5.7, sobre la conducción del parto, señala elementos específicos para que la inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se realice según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

57. La multicitada Opinión Médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional abunda sobre la administración de la oxitocina prescrita por AR2, considerando que desde el ingreso de V1 se encontraba en trabajo de parto en fase latente, inició la prueba de trabajo de parto, mediante la técnica obstétrica de conducción del trabajo de parto.

58. Dentro de las constancias que integran el expediente clínico, se encuentra una *“carta de consentimiento bajo información **inducción del parto**”* de la cual se advierte que dicha documental corresponde a un procedimiento obstétrico denominado *“**Inducción del parto**”*, que se efectúa en casos en los que el trabajo de parto no ha iniciado de manera fisiológica normal, situación contraria al caso de V1, toda vez que, a su ingreso a tococirugía del HGZ No. 9, el 30 de enero de 2017, a las 00:40 horas, sí cursaba con trabajo de parto establecido de manera normal, por lo que la técnica a autorizar correcta era la *“**Conducción del Parto**”*, más no la inducción del mismo. Es decir, que existió un error en la firma de los formatos, ya que V1 firmó por uno procedimiento distinto al realizado.

59. Por lo tanto, V1 autorizó un procedimiento obstétrico diverso al que consintió (inducción del trabajo de parto), desconociendo la justificación médica, sus riesgos y beneficios, de la conducción del trabajo de parto que se le llevó a cabo.



60. Además, no se registraron los nombres ni firmas de testigos, lo que incumple los apartados 4.2, 10.1.1.6 y 10.1.1.10 de la NOM-004-SSA3-2012 y los numerales 3.10 y 5.5.7 de la NOM-007-SSA2-2016.

61. La Opinión Médica elaborada por personal especialista de esta Comisión Nacional, indica que AR2 omitió justificar medicamente la administración de oxitocina, y registrar la valoración de V1, ambos casos de manera previa a la indicación de conducción del trabajo de parto a base de oxitocina vía intravenosa, incluyendo modificaciones cervicales de acuerdo al sistema de puntuación de *Bishop* y descartar desproporción cefalopélvica; tampoco consideró los factores de riesgo de V1 que comprometían el éxito de la conducción del trabajo de parto: índice de masa corporal, cesárea previa por distocia, edad materna avanzada de 31 años, sin trabajo de parto previo, y dilatación cervical al ingreso menos a 4 cm. Todo lo anterior contribuyó al desarrollo desfavorable de la conducción del parto y, en consecuencia, aumentó el riesgo de sus complicaciones inherentes, tales como rotura uterina, lesión vesical e incremento de la tasa de cesárea; es decir, aumentó la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

62. La Opinión Médica, también indica que, a pesar de que AR2, indicó vigilar el sangrado transvaginal y la actividad uterina, así como reportar eventualidades tras la conducción del trabajo de parto a base de oxitocina intravenosa, omitió determinar la periodicidad de la monitorización. Conforme a lo señalado anteriormente, resulta evidente que no se llevó a cabo de manera adecuada el monitoreo durante la administración de oxitocina, exponiendo innecesariamente al binomio materno fetal a complicaciones obstétricas y e incrementó el riesgo de pasar inadvertidas complicaciones inherentes a la administración del citado fármaco, tales como: hiperestimulación y rotura uterina, y aumentó la morbilidad y mortalidad materno-fetal.



63. Por lo que la falta de monitoreo tuvo como consecuencia que no se percibiera el trabajo de parto anormal, ya que a pesar del tiempo transcurrido desde su ingreso y de la aplicación de la oxitocina no hubo progresión en la dilatación del cérvix.

64. Asimismo, el personal médico de esta comisión explica en la Opinión Médica que del análisis del expediente clínico se advirtió que durante aproximadamente 12 horas, la dilatación cervical progresó solamente un centímetro, cuando su evolución debe ser en promedio un centímetro por hora en pacientes nulíparas, como en el caso particular, lo anterior se asevera, ya que al observar las modificaciones del cérvix de un centímetro de dilatación y 50% de *borramiento*, registrados a las 09:20 horas del 31 de enero de 2017, y que a las 08:39 horas del 30 de enero de 2017, se informó que V1 cursaba con dilatación de dos centímetros y 50% de *borramiento*.

65. Considerando que, V1 ingresó a las 00:40 horas del 30 de enero de 2017 ya con trabajo de parto en fase latente, toma relevancia que dicha etapa se había alargado 32 horas (de las 00:40 horas del 30 de enero de 2017, a las 09:20 horas del 31 de enero de 2017), cuando en mujeres sin parto vía vaginal previo, dura en promedio 18 horas.

66. A las 18:50 horas del 30 de enero de 2017, el personal médico reportó tacto vaginal con cérvix posterior y dos centímetros de dilatación, anotando lo siguiente: “*continúa con pródromos de trabajo de parto a pesar de inductoconducción*”, por lo que, tomando en cuenta las modificaciones cervicales, es posible inferir que V1 persistía en fase latente del trabajo de parto, y no en *pródromos* del mismo, siendo que, en dicha etapa, no se logran cambios en el cérvix, y sí se presentaron.

67. Se destaca que, de forma reiterada, el personal médico señaló que V1 se encontraba en *pródromos* de trabajo de parto, a pesar de estar en fase latente, lo que como anteriormente se mencionó, contribuyó a la inadecuada cuantificación del período del trabajo de parto y, como resultado, pasar inadvertida la prolongación de la fase latente, exponiendo de manera innecesaria al binomio materno fetal, a sus



complicaciones inherentes, tales como sufrimiento fetal, sepsis materna y/o neonatal, e incremento en la tasa de cesáreas.

68. El 30 de enero de 2017, a las 08:39 horas, se reportó dilatación de un centímetro y 50% de *borramiento*, y a las 18:50 horas del mismo día, con dos centímetros de dilatación, de acuerdo con la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional, se evidencia que, durante aproximadamente diez horas, la dilatación del cérvix progresó un centímetro, cuando en promedio incrementa un centímetro por hora. Al respecto, el personal médico AR2 decidió incrementar la oxitocina para valoración del trabajo de parto, en ese momento “7mU/min”, indicando continuar en vigilancia del trabajo de parto, situación que inadecuadamente no se llevó a cabo.

69. A las 21:00 horas del mismo día, AR2, en su nota médica reportó cérvix con “1-2” centímetros de dilatación y 50-60% de *borramiento*, y describió lo siguiente: “*Paciente con inicio de T de P fase latente en inductoconduccion (sic)... se mantiene con dosis establecida para conducción de T de P con vigilancia estrecha se explica evolución continua en vigilancia*”. Lo expuesto, según la Opinión Médica precitada, confirma que desde las 21:00 horas del 30 de enero de 2017, V1 persistía con “1-2” centímetros de dilatación del cérvix, estableciendo el referido galeno, que iniciaba la fase latente del trabajo de parto; cuando desde las 00:40 horas del 30 de enero de 2017, ya se encontraba en dicha etapa.

70. AR2 a las 21:05 horas del 30 de enero de 2017, indicó solución Hartmann 1000 cc con 5 unidades de oxitocina, a pasar 20 gotas por minuto y butilioscina 20 mg dosis única vía intravenosa, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, tomar tensión arterial cada hora y reportar, así como vigilancia obstétrica, situación que, de manera inadecuada, no se llevó a cabo.

71. Según la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la bibliografía médica señala que ante la falta de progresión del parto, existen diversos esquemas de tratamiento, los cuales incluyen manejo a base de misoprostol, o régimen de estimulación con oxitocina y rotura artificial de membranas, en el cual, a las ocho



horas de la conducción, sino pasa a fase activa en un total de 16 horas, se indica cesárea.

72. AR2 a pesar de señalar que V1 cursaba con prolongación del trabajo de parto en fase latente, decidió suspender la oxitocina, contrario a lo señalado por la bibliografía médica, y dejó a libre evolución el trabajo de parto, ordenó su ingreso a piso de Ginecología y vigilancia estrecha. Resulta evidente que la inadecuada monitorización y evaluación del trabajo de parto de la paciente, condicionó pasar desapercibido que el mismo era anormal o distócico, exponiendo de manera innecesaria al binomio materno fetal a complicaciones inherente.

73. El 31 de enero de 2017, V1 fue atendida por AR3 y AR4, no obstante, durante el turno de ambos, no se llevó a cabo el monitoreo adecuado de la progresión del trabajo de parto, ni se valoraron frecuencia cardíaca fetal, contracciones uterinas, modificaciones cervicales, la variedad y el descenso del producto de la gestación; por lo tanto, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional se carecen de elementos técnico médicos para determinar la evolución del trabajo de parto, que se había dejado a libre evolución, con vigilancia del mismo en el área de Ginecología. En el caso de AR5, incluso anotó que V1 “*fue inducida al parto sin resultados satisfactorios*”.

74. A las 09:15 horas, del 01 de febrero de 2017, AR5 describió en su nota médica que, V1 había referido movilidad fetal adecuada y dolor de cabeza, que cedió con paracetamol, además, reportó tensión arterial dentro de parámetros normales 120/85 mmHg; se encontraba en manejo con doble esquema antihipertensivo. También, señaló cérvix blando, posterior, dehiscente y 40% de borramiento; decidiendo reiniciar la “*inductoconducción*” (sic) a dosis baja-respuesta; es decir, solución Hartmann 1000 cc con 5 unidades de oxitocina a 8 gotas por minuto dosis respuesta con bomba de infusión, con vigilancia del binomio, en específico, la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, sin que señalara la periodicidad en que debía llevarse a cabo, adicionó que se debía colocar a V1 en posición lateral, y permanecer en cubículo continuo de prioridad. La decisión de AR5 para aplicar



nuevamente la oxitocina se realizó sin datos sobre el estado del binomio materno fetal, en razón de la falta de vigilancia y monitoreo adecuado ya mencionado.

75. A las 06:26 horas del 1° de febrero de 2017, AR5 en su nota médica asentó: “se cuenta 1 solo monitor el cual se encuentra ocupado con una paciente con RPM” y que se diera aviso al subdirector, razón por la cual no se pudo emplear dicho aparato en V1 para una adecuada vigilancia obstétrica.

76. Conforme a la Opinión Médica elaborada por personal médico de esta Comisión Nacional, el manejo con hipertensivos desde el ingreso de V1 al HGZ No. 9, fue adecuado y generó que la tensión arterial elevada que presentaba se regularizara a niveles normales, sin mayores complicaciones y sin llegar a desarrollarse preeclamsia.

77. A las 13:03 horas, del 01 de febrero de 2017, SP1, en su nota médica, describió a V1 sin datos de vasoespasmo (cefalea, zumbido, sin observar manchas luminosas, por ejemplo), reportó tensión arterial en parámetros normales de 117/65 mmHg, en manejo con antihipertensivo. A la exploración física, con frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto, cérvix posterior, con dos centímetros de dilatación y 40% de *borramiento*, anotando que V1 se encontraba monitoreada, además, de haber presentado Ruptura Prematura de Membranas a las “7:25” horas, encontrándose en ese momento en “*inductoconducción*” con pronóstico reservado a evolución. Sin hacer alguna anotación sobre falta de líquido amniótico o alguna situación de riesgo para el binomio materno fetal.

78. A las 14:50 horas, del 01 de febrero de 2017, AR1 elaboró la nota de valoración de tococirugía, y anotó lo siguiente “*rompe membranas aproximadamente a las 5 hrs*”. Al respecto, considerando la nota anterior, de las 13:03 horas, en la que se reportó la rotura de membranas a las “7:25” horas, de acuerdo con la Opinión Médica de personal adscrito a este Organismo Nacional, no es posible establecer de manera fehaciente el horario en que ocurrió.



79. AR1 continuó describiendo a V1 asintomática, con adecuada movilidad fetal; reportó tensión arterial en la normalidad. A la exploración física, consciente, tranquila, orientada, con actividad uterina irregular, producto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecho, y frecuencia cardiaca fetal normal de 150 latidos, al tacto vaginal con Tarnier²¹ positivo, dos centímetros de dilatación y producto libre.

80. Conforme a la Opinión Médica elaborada por persona de esta Comisión Nacional, de la nota realizada por AR1, se advierte que la dilatación del cérvix no progresó, persistiendo en fase latente del trabajo de parto, lo cual confirma su prolongación cuantificada hasta ese momento de más de 60 horas, sin que se haya realizado una adecuada vigilancia del mismo, y se mantuvo al binomio materno fetal y al producto de la gestación expuesto a sus complicaciones inherentes, tales como sepsis materna y/o neonatal, disminución del Apgar al primer y quinto minutos, asfixia y muerte perinatal, así como daño visual, auditivo, del lenguaje y aprendizaje, y retardo del desarrollo neurológico.

81. En cuanto al producto libre, se advierte que no estaba encajado como lo había señalado AR2 el 30 de enero de 2017, a las 08:39 hora, lo cual resulta relevante, siendo que, como ya se analizó en párrafos previos, es posible inferir que no se realizó una correcta valoración obstétrica a V1, omitiendo descartar o confirmar desproporción cefalopélvica, la cual condicionó el trabajo de parto distócico descrito hasta ese momento, caracterizado por trastornos de retraso o por detención. Aunado a lo anterior, tampoco se realizó registro cardiotocográfico intra-parto, como medida de valoración de la vitalidad fetal y detección oportuna de rotura uterina, a pesar de cursar con un trabajo de parto anormal con administración de oxitocina,

²¹ Consiste en realizar un tacto vaginal, desplazar la presentación hacia arriba y al mismo tiempo con la otra mano realizar presión en el fondo uterino, evidencia salida de líquido amniótico transcervical. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009, pág. 37.



como lo establece la Guía de Práctica Clínica Parto después de una cesárea²², lo que incrementó la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

82. AR1 describió “*Se decide interrupción del embarazo por vía abdominal, se comenta con paciente y familiares. Pasa a Recuperación (Quirófano)*”. Al respecto, se entiende que dicha médica decidió interrumpir el embarazo por cesárea, ingresando a la paciente a quirófano, y registró que lo comentó con la paciente y familiares.

83. Respecto a la indicación de interrumpir el embarazo vía abdominal, la Opinión Médica elaborada por personal especializado de esta Comisión Nacional, en ese momento V1 no presentaba indicación absoluta de operación cesárea; no obstante, sí existían diversas indicaciones relativas para llevarla a cabo como: probable desproporción cefalopélvica, enfermedad hipertensiva del embarazo, y compromiso de histerorrafía²³, que pueden justificar la culminación quirúrgica de la gestación de V1.

84. A las 14:50 horas, de ese mismo 1° de febrero de 2017, AR1 realizó la documental de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, en la que anotó lo siguiente: “...AUTORIZACION DEL PACIENTE. AUTORIZO A LOS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA QUE EFECTUEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACION DE MI PADECIMIENTO, EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE QUEDO SUJETO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO V1 FIRMA DEL PACIENTE, V2

²² Guía de Práctica Clínica Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013. En mujeres que cursan con embarazo de término y antecedente de una cesárea, que se encuentran en trabajo de parto, los hallazgos en el registro cardiotocográfico que con mayor frecuencia se relacionan con ruptura uterina fueron la bradicardia fetal y la hiperactividad uterina. la monitorización in útero no es siempre accesible, y no supera el registro cardiotocográfico intra-parto en la dirección de ruptura uterina (pág. 29).

²³ Guía de Práctica Clínica para la realización de operación cesárea, México: Secretaría de Salud; 2010, pág. 36.



FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE. SOLICITUD DE OPERACIÓN Diagnóstico preoperatorio: Embarazo de 38.1 SDG + Hipertensión gestacional + Cesárea previa + Paridad Satisfecha + RPM. Operación proyectada: Cesárea tipo Kerr + OTB...".

85. 20 minutos después, a las 15:10 horas, AR1 elaboró nota preoperatoria en la que señaló con resultados de laboratorio dentro de la normalidad, con el diagnóstico prequirúrgico de embarazo de 38.1 semanas de gestación, hipertensión gestacional, ruptura prematura de membranas, cesárea previa y paridad satisfecha. Del procedimiento quirúrgico, se proyectó realizar cesárea tipo Kerr más OTB, anotando lo siguiente: “*Se explican riesgos a la paciente*”, lo cual se retomará más adelante de manera detallada, siendo este el punto principal del concepto de violación señalado por V1 en el escrito de queja presentado a este Organismo Autónomo.

86. Respecto de la realización del procedimiento quirúrgico, AR1 a las 14:50 horas, del 1° de febrero de 2017 describió en su nota médica, las técnicas de la cesárea tipo Kerr y OTB realizadas a V1, las cuales se llevaron a cabo bajo bloqueo regional, con previo protocolo quirúrgico; se efectuó incisión infraumbilical con disección de la cicatriz previa, y posteriormente por planos hasta llegar a cavidad abdominal, anotando que la anatomía de la pared estaba perdida por la cesárea previa; realizó histerectomía tipo Kerr, obteniendo líquido claro disminuido en cantidad, con calzamiento cefálico y extracción del producto de la gestación.

87. AR1 reportó también, obtención de recién nacido masculino en perfecto estado a las 16:05 horas de esa fecha y OTB (Oclusión Tubaria Bilateral) sin complicaciones aparentes.

88. El 2 de febrero de 2017, el médico tratante reportó a V1 con puerperio quirúrgico, hipertensión gestacional y OTB, asintomática, signos vitales dentro la normalidad, con adecuada evolución.



89. El 3 de febrero de 2017, V1 fue dada de alta por una médica del área de ginecología y obstetricia, quien en la nota de egreso describió parto por cesárea, puerperio quirúrgico y OTB. Anotó que al momento cursaba con 48 horas de evolución de puerperio quirúrgico, asintomática; signos vitales dentro de parámetros normales; y que de acuerdo con su evolución favorable y mejoría clínica, decidió su egreso del servicio con indicaciones médicas.

90. En suma, conforme a la Opinión Médica antes mencionada, se evidencian violaciones al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, durante la atención del parto, por la inadecuada atención médica referida en los términos que anteceden, es decir, comenzaron a partir del diagnóstico de AR1, al establecer que V1 se encontraba en *pródromos* de trabajo de parto, aunque por los datos descritos, cursaba fase latente del trabajo de parto. Este error contribuyó durante gran parte de la atención médica, a la inadecuada cuantificación del tiempo del trabajo de parto y, en consecuencia, pasar inadvertidas las irregularidades en él, como lo fue la prolongación de la fase latente y que ningún momento progresó a fase activa.

91. Además, de manera constante el personal médico que atendió a V1 durante el trabajo de parto, no estableció los criterios y temporalidades para llevar a cabo el debido monitoreo del binomio materno fetal, como la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina, lo que también implicó que transcurrieran largos periodos sin que se realizara dicho monitoreo como se mencionó en párrafos precedentes del presente apartado, incumpliendo con la NOM-007-SSA2-2016.

92. Tampoco se tomaron en cuenta los antecedentes de la cesárea de su embarazo anterior, 8 años antes, que se debió a la falta de progresión del trabajo del parto, tal y como ocurrió en el presente caso, lo que conllevó a que transcurrieran aproximadamente 60 horas desde su ingreso, a la resolución del parto, el 1 de febrero de 2017.



93. De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional anteriormente, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, 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, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del PIDESC y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, y lo dispuesto en el artículo 12.1 de la CEDAW a la luz de la Recomendación General 24º, *“Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud”*.

B. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.

94. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia, en su artículo 5º, fracción IV, define la violencia contra las mujeres como *“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”*.

95. Asimismo, los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, de dicha Ley, establecen la responsabilidad específica 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”*.



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

97. La violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la *“lucha por la posesión del conocimiento legitimado”*; la influencia del sexismo y el androcentrismo en el campo de la medicina, así como la preeminencia del parto medicalizado sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer.²⁴

98. Para esta Comisión Nacional no pasa desapercibido que, en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico y la sociedad en general. La normalización de estas prácticas autoritarias en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

99. Al respecto, este Organismo Autónomo considera 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, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres, por ser una forma específica de violencia de género en contra de ellas y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia, en conexión con otros derechos como la dignidad humana y la integridad.

100. La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU ha manifestado que: “[...] *El maltrato y la violencia contra la mujer no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia,*

²⁴ CNDH, Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Párr. 12.



sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación".²⁵

101. El Comité CEDAW en 2018 en sus observaciones finales derivadas del 9° Informe de Cumplimiento de México, señaló su preocupación por "41.d) *Las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto; y f) Las denuncias de esterilización forzada de mujeres y niñas [...]*"²⁶, recomendando por ello que "42.d) *Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica*"²⁷.

102. La situación del país sobre los casos de violencia obstétrica ha requerido importantes cambios en la legislación de las entidades federativas, de forma tal que, con el fin de mejorar la salud reproductiva, se ha impulsado el reconocimiento de la noción de "violencia obstétrica" en las leyes estatales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, dando como resultado que del 2008 al 2020 ésta se inscribe en 22 leyes estatales²⁸.

103. El que una mujer viva violencia obstétrica atenta contra su dignidad, su valía personal; incrementándose así el estrés, ansiedad, provocando mayor tensión, dolor, confusión y malestar por vivir violencia durante ese proceso tan importante

²⁵ ONU, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, A/74/137, 11 de julio de 2019. Párr. 8.

²⁶ Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, 25 de julio de 2018, CEDAW/C/MEX/CO/9.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas. Otras dos Leyes contra la violencia abordan la situación como parte de los derechos reproductivos de maneras distintas, en la Ciudad México se define únicamente la "Violencia contra los derechos reproductivos" y en la legislación de Yucatán se establece el término de "Bienestar Obstétrico".



para su vida y la de la persona recién nacida. Al mismo tiempo que, se le puede provocar estrés postraumático.

B.1 Violación al derecho a una vida libre de violencia obstétrica a V1.

104. Durante la atención del parto de V1, que comenzó con su ingreso al HGZ No. 9, el 30 de enero de 2017, y conforme a lo expuesto en el apartado que antecede, sobre la violación al derecho de acceso a la salud, esta Comisión Nacional reitera que se efectuó una inadecuada atención médica; en razón de que por varios periodos de tiempo no se llevaron los debidos monitoreos, exponiendo al binomio materno fetal, ocurriendo incluso en los momentos de conducción del parto mediante oxitocina, además de que por 19 horas se desconocieron los datos de frecuencia cardiaca fetal, tensión arterial, entre otros datos, que pudieran advertir el estado en que se encontraban.

105. También se hace patente que, dentro de las constancias que integran el expediente clínico, se encuentra un formato de “*Carta de consentimiento bajo información inducción del parto*”, firmada por V1, el 30 de enero de 2017, en la que, de acuerdo con la Opinión Médica de personal adscrito a este Organismo Nacional, se señalan diversas complicaciones que corresponden a un procedimiento obstétrico denominado “*inducción del parto*”, el cual se realiza en casos en los que el trabajo de parto no ha iniciado de manera natural. Sin embargo, V1 sí cursaba con trabajo de parto establecido de manera normal desde su ingreso al HGZ No. 9, por lo que la técnica correcta que se debió de autorizar era la “*conducción del parto*”.

106. De acuerdo con lo establecido en el apartado 5.5.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en los casos de conducción del trabajo de parto, se debe otorgar atención personalizada, información y autorización previa de la paciente mediante consentimiento informado; lo que no sucedió en el caso de V1, toda vez que, el citado consentimiento, corresponde a un procedimiento diferente al que se le debió de explicar ampliamente. Asimismo, una vez que se hubiese atendido tal indicación, V1 hubiese estado en condiciones de otorgar o no su



autorización para llevar a cabo la conducción del trabajo de parto a base de la oxitocina. Por lo tanto, se advierte que V1 autorizó un procedimiento obstétrico diferente al realizado, desconociendo la justificación médica, riesgos y beneficios de la conducción del trabajo de parto que se le llevó a cabo. Siendo esta una forma de violencia obstétrica en contra de V1 ante la falta de información sobre los procedimientos aplicados en su cuerpo.

107. V1 narró en su queja que, el 1° de febrero de 2017, después de una revisión, una doctora le dijo que no tenía líquido amniótico, por lo que la trasladaron a quirófano y manifestó su preocupación a AR1, quien le contestó *“malhumorada y de forma muy cortante”* *“sí, ya sé, ya me pasaron el reporte”*, y le indicó que le harían una cesárea. Además, le preguntó si ya había hablado con su esposo sobre no tener más hijos, y al responder que no, AR1 la regañó diciéndole que era una irresponsable, que *“cómo era posible que a esas alturas no hubiese hablado”* al respecto, *“cuántos días más quieres durar aquí”*, *“ahorita voy a salir a hablar con tu esposo, sólo espero que no sea un macho de esos que no entienden, y es más, si no así te vas a quedar; a ver hasta qué horas te alivias”*, y salió del lugar.

108. Como anteriormente se mencionó, V2 y F1 refirieron a personal de esta Comisión Nacional, que mientras estaban en sala de espera, AR1 salió, se presentó con ellos para *“informarles”* que V1 ya había firmado el consentimiento para la práctica de la OTB, y les presentó, sin leerla, una hoja que firmaron al considerar que había sido la voluntad de V1.

109. V2, añadió que cuando AR1 se presentó con ellos para la firma del consentimiento, él le preguntó sobre el momento en que le realizarían la cesárea a V1, obteniendo una respuesta grosera, ya que le replicó que los quirófanos estaban ocupados y no la iban a hacer *en la cocina*. También mencionó que una vez que pudo ver a V1, ésta le cuestionó por qué había firmado el consentimiento para que la operaran para no tener hijos, si él ya sabía su decisión de no hacerlo, a lo que le respondió que AR1 les había dicho a él y a F1 que su esposa ya había aceptado,



por lo que él respetaba su voluntad, pero V1 posteriormente le dijo que no fue cierto; que había firmado porque la habían presionado y le habían informado que él ya había firmado.

110. V2, mencionó en entrevista con personal de esta Comisión Nacional que, en ocasiones, había visto triste a su esposa, V1, por la operación que le hicieron para no tener hijos y que eso le había afectado también a él.

111. Por su parte, F1 narró que AR1 les dijo a ella y a V2, que V1 ya había decidido que le realizaran la OTB, por lo que les pidió a ambos que firmaran un documento como testigos, y fue cuando ella lo hizo. Tal circunstancia, la comunicó a V1 cuando se le permitió verla, y ella le cuestionó dicha acción. Con lo que le dijeron ambos, V1 refirió que se dio cuenta del engaño, además de la presión e intimidación que AR1 ejerció para que firmara el multicitado consentimiento.

112. V1, en su queja reconoció que firmó el consentimiento para la realización de la OTB, pero fue obtenida mediante engaños, presión e intimidación por parte de AR1, toda vez que cuando dicha médica retornó de hablar con V2 y F1, le dio un documento que no pudo leer, debido a que se encontraba muy cansada y preocupada de que algo le pasara a su bebé, por lo que firmó. Después se enteró que era el consentimiento para la práctica de ese procedimiento. V1, ha sostenido tales hechos en reiteradas ocasiones, a personal de esta Comisión Nacional.

113. En entrevista sostenida el 17 de mayo de 2018 con personal de este Organismo Nacional, V1 mencionó que deseaba tener más hijos, que después de la realización de la OTB y el no poder procrear le afectó emocionalmente, por lo que recurrió a terapia psicológica de manera particular, añadió que respecto de su salud física, se encontraba bien, sin que hubiera complicaciones por la cesárea. Cabe mencionar que V1, a través de su representante legal, posteriormente aportó una evaluación psicológica en la que se señala tal afectación emocional.



114. Para esta Comisión Nacional no pasa desapercibida la coincidencia en las narraciones de V1, V2 y F1, sobre la manera en que AR1 presionó a las 3 partes, a efecto de obtener la firma de V1 en el formato del consentimiento informado para la realización de la OTB, así como el trato inadecuado y grosero de AR1 hacia ellos, primordialmente, hacia V1, quien estaba bajo su cuidado como paciente.

115. Aunado a lo anterior, V1 señaló que se sintió intimidada por la forma en que AR1 le habló, al referirle que se quedaría ahí y no le darían la atención médica que requería, al haberle dicho *“a ver a qué horas te alivias”*. Tal expresión se realizó después de que V1 cursaba un trabajo de parto en fase latente desde que ingresó, sin progresión por 60 horas y que le habían informado le harían una cesárea de emergencia porque ya no tenía líquido amniótico. Esta Comisión Nacional toma en cuenta que el cansancio y la preocupación señalada por V1, era un estado natural en el que se encontraba.

116. En el presente caso, como se mencionó, V1 estuvo en trabajo de parto latente por más de dos días, y en dos ocasiones se le practicó procedimiento para la conducción del parto, administrándole oxitocina, por lo que el cansancio que V1 presentó cuando firmó el citado consentimiento informado, la colocó en un estado de vulnerabilidad por las condiciones en que estaba. Situación que le ocurre a muchas mujeres durante los procesos de parto, y que es de suma importancia tomar en consideración, ya que es cuando se llegan a presentar eventos en los que se violentan los derechos humanos de las pacientes.

117. Conforme a la Opinión Psicológica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, resulta evidente que un ciclo superior al normal en el trabajo de parto, mantendría a V1 en un proceso hostil desde el punto de vista psicológico, el cual incluye: preocupación, estrés, angustia y desgaste emocional, lo que incrementa más la presión mental, provocando en la persona el miedo y confusión. Además, de que una mujer embarazada es más vulnerable, siendo lo óptimo que cuente con personas que la apoyen y ayuden a aliviar su angustia y dolor.



118. La bibliografía en psicología señala que, de ninguna manera se debe presionar a la mujer embarazada para tomar decisiones respecto de sus derechos reproductivos. Y, mucho menos, durante el trabajo de parto, ya que la persona, además de pasar un proceso crítico tanto físico como emocional, el estrés por la labor de parto y la ansiedad generada por el mismo, no le permitirán atender objetivamente decisiones que repercutan en su vida y la de su familia, por lo tanto, no está en condiciones psicológicas ideales para tomar decisiones de esa índole.

119. Sobre la información otorgada a V1 por el personal médico, respecto del estado del binomio materno fetal para realizar la cesárea, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, V1 no presentaba indicación absoluta de operación cesárea, se advierte que no existía un proceso crítico que comprometiera su vida o la de su hijo en ese momento y que justificara efectuar una cesárea urgente. Aunque también existían diversas indicaciones relativas para llevarla a cabo: probable desproporción cefalopélvica, enfermedad hipertensiva del embarazo, y compromiso de histerorrafía²⁹, que podrían justificar la culminación quirúrgica de la gestación.

120. Al respecto, del análisis del expediente clínico no se encontraron evidencias que indicaran que hubiese disminuido el líquido amniótico en algún momento, como le informaron a V1 para realizar la cesárea urgente. Se toma en cuenta la hora en que rompió membranas, por lo que es posible inferir que evolucionó en un tiempo normal entre 8 y 10 horas aproximadamente, cuando se requiere que pasen 24 horas o más para que sea una ruptura prolongada³⁰.

121. Por su parte, AR1 en su informe rendido a esta Comisión Nacional, refirió sobre la práctica de la OTB a V1, que ésta fue realizada conforme a lo establecido en la NOM 005-SSA2-1993; que a V1 le propuso la realización de la cesárea y le

²⁹ Guía de Práctica Clínica para la realización de operación cesárea, México: Secretaría de Salud; 2010, pág. 36

³⁰ Vargas AK, Vargas R. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2014; LXXI (613):719-723.



mencionó sobre el método anticonceptivo de la OTB; que por ser una persona mayor de edad y con capacidad para decidir, ella otorgó el consentimiento informado y no era necesario la autorización de sus familiares. Sin proporcionar detalles sobre la manera en que solicitó la firma del consentimiento a V1, V2 y F1.

122. Señaló, además, que de la revisión médica que realizó a V1 el 1° de febrero de 2017, a las 14:00 horas, diagnosticó que presentaba enfermedad hipertensiva del embarazo, lo cual constituía un riesgo obstétrico y reproductivo importante, y que como lo marca la NOM-005-SSA2 se “*le ofreció*” la planificación familiar con carácter de prioritario dentro del marco más amplio de salud reproductiva, con un enfoque de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y niños. En su informe omitió señalar la atención médica que le realizó a V1 el 30 de enero de 2017 a las 00:40 horas.

123. Sobre la hora en que solicitó el consentimiento, indicó que lo hizo a las 14:50 horas, del 1° de febrero de 2017, y que los procedimientos de la cesárea y la OTB fueron llevados a cabo a las 15:10 horas, por lo que el tiempo transcurrido entre ambos hechos ocurrieron con una diferencia de 20 minutos.

124. Para este Organismo Nacional no pasa inadvertido que si AR1 consideraba que V1 había otorgado su consentimiento para la OTB y no era necesario recabar de manera separada la autorización de V2 y F1, como lo señaló en su informe presentado a esta Comisión Nacional, es cierto que en el formato de “*Consentimiento Informado en Planificación Familiar*”, se encuentran estampadas las firmas de estas 3 personas, es decir se constata que AR1 fue quien las recabó, además que no refirió que otro personal del hospital las hubiese conseguido, por lo que resulta cuestionable la aseveración realizada por dicha servidora pública y no desvirtúa lo expuesto reiteradamente por V1, V2 y F1. También se destaca que el acto jurídico se realizó con las partes separadas, de forma tal que no les permitió constatar entre ellas que, en efecto estaban de acuerdo.



125. Es importante destacar el momento en que AR1 recabó la firma de V1, ya que, si bien en el formato de *“Consentimiento Informado en Planificación Familiar”* no anotó la hora exacta en que V1 asentó su firma, AR1 en su informe presentado a este Organismo Autónomo señaló que la recabó el 1° de febrero de 2017, a las 14:50 horas, es decir, tan solo 20 minutos antes de que iniciara la cesárea (un corto lapso entre la obtención de la firma y dicha cirugía). Ello, aunado al tiempo que V1 llevaba en trabajo de parto (60 horas), se puede aseverar que ésta la obtuvo en un momento indebido e inoportuno para V1, generando presión debido a una supuesta urgencia para la práctica de la cesárea para concluir el embarazo y bajo condiciones de cansancio.

126. Para esta Comisión Nacional cobra importancia señalar que la resolución por cesárea no era una emergencia médica, además de que la realización de la OTB no se considera una emergencia médica ya que su realización debe ser inminente para salvaguardar la integridad y vida de las pacientes, pudiendo ser un procedimiento aplazado, además de que existen otros métodos de planificación familiar que se pueden implementar por las mujeres en caso de que exista una recomendación médica de no embarazarse y otros métodos anticonceptivos que pueden emplear los hombres.

127. Al respecto la CrIDH se ha pronunciado específicamente al señalar que: “[...] *la ligadura de las trompas de Falopio [OTB], la Corte resalta que esta intervención quirúrgica, cuyo propósito es prevenir un embarazo futuro, no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente, de modo tal que esta excepción no es aplicable*”³¹. Por lo tanto, el solicitar el consentimiento para la realización de la OTB no se debe considerar como una urgencia, que de no practicarse se pondría en riesgo la integridad física o la vida.

128. Es importante considerar que las mujeres en trabajo de parto minutos antes de que se realice una cesárea se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad y

³¹ CrIDH, Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329. Párr. 177.



completamente a expensas de las decisiones del personal médico, remarcándose con ello las relaciones desiguales de poder entre médico-paciente.

129. Al respecto, la CIDH, ha sostenido que la: *“esterilización sin consentimiento constituye una forma de violencia contra las mujeres, en la que (...) se afectan una serie de derechos humanos”*; asimismo sostuvo que *“la práctica de una esterilización no consentida causa dolor y sufrimiento a las afectadas (...) con secuelas físicas y psicológicas de carácter continuado en la salud reproductiva de las mujeres afectadas”*³².

130. Esta Comisión Nacional advierte que la falta de información para la realización del procedimiento de conducción de parto y la firma del consentimiento erróneo por el de inducción de parto, llevado a cabo por AR2, la falta constante de monitoreo durante el trabajo de parto, así como la indebida e inadecuada forma en que AR1 obtuvo el consentimiento para practicar la OTB, la presión y la falta de consideración de que V1 se encontraba cansada y preocupada después de 60 horas de trabajo de parto, son actos de violencia obstétrica por parte del personal adscrito al HGZ No. 9 del IMSS.

131. A su vez, es importante señalar los riesgos a los que se sometió a V1 por la inadecuada vigilancia del trabajo de parto, lo que contribuyó a que no observaran que el parto era distópico y que se prolongó por 60 horas, siendo responsables de ello AR3, AR4 y AR5.

132. En este sentido, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 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*

³² Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de Fondo No. 72/14. Caso 12.655. I.V vs. Bolivia. 15 de agosto de 2014.



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”.

133. Además, los hechos descrito constituyen una forma de Violencia Institucional, definida por el artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como: “[...] *los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia*”.

134. Por lo expuesto, este Organismo Autónomo considera que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1º, 3º, y 7º, inciso a) y b), 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará), así como lo establecido el artículo 12.2 de la CEDAW en conexión con la Recomendación General 35, párrafo 18, así como lo indicado en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

135. Cabe señalar que, en términos del artículo 4º, de la Ley General de Víctimas, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener una relación inmediata con V1, como su compañero de vida, de conformidad con las constancias que integran el presente expediente.

C. DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA CON RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN.

136. El Derecho a la libertad y autonomía reproductiva se encuentra previsto en el artículo 4º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos



Mexicanos que establece que: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

137. Por su parte, la CEDAW, en su artículo 16.1, inciso e), señala que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, los mismos derechos a decidir de manera libre y responsable, el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos.

138. Al respecto, la CIDH ha ponderado que, *“el acceso a la información en materia reproductiva requiere que las mujeres cuenten con la información suficiente para tomar decisiones sobre su salud”*; y para alcanzar dicho objetivo tal *“información debe ser oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa; se proporcione con un lenguaje accesible y esté actualizada”*³³.

139. Esta Comisión Nacional considera que el consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las personas usuarias. Por lo que, las y 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 se respete su decisión³⁴.

140. En este tenor, la Primera Sala de la SCJN determinó que el consentimiento informado es un derecho fundamental de los 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,*

³³ CIDH. *“Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”*, 22 de noviembre de 2011, párr. 45. ³⁴ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 26.

³⁴ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 26.



*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*³⁵.

141. Asimismo, el Comité CEDAW en la Recomendación General No. 21 “La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares” sostiene 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*”³⁶.

142. Es por ello que, las autoridades tienen la obligación de garantizar el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción de las personas, incluidos todos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos³⁷.

143. Así, la OTB de acuerdo con el numeral 5.5.1, inciso a) de la NOM 005-SSA2-1993, al ser un método anticonceptivo permanente para evitar la fertilidad, debe ser imperante y necesaria la información previa y detallada que se proporcione sobre sus alcances antes de decidir por éste.

³⁵ Tesis Aislada 1a. XLIII/2012 (10a.), Primera Sala publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, registro 2001271, Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1. Página 478.

³⁶ Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Caso A.S vs Hungría, comunicación No. 4/2004, párr. 11.3.

³⁷ CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 24.



C.1 Irregularidades en el consentimiento de V1 para la realización de OTB.

144. En el presente apartado, se realiza un análisis de los elementos de validez del formato de “*Consentimiento Informado en Planificación Familiar*”, firmado por V1, V2 y F1 el 1° de febrero de 2017, al ser uno de los principales conceptos de violación argumentados en el escrito de queja.

145. AR1, en su informe presentado ante esta Comisión Nacional, refirió que para la realización de la OTB cumplió con lo establecido en la NOM 005-SSA2-1993 y otorgó el proceso de consejería a V1 con oportunidad y antelación; que después de “... *escuchar las diferentes opciones en métodos de planificación familiar, la seguridad de cada uno de ellos, sus indicaciones y contraindicaciones, la elegibilidad de los mismos como lo señala la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la irreversibilidad de los métodos quirúrgicos, optó por la oclusión tubaria bilateral*” y “... *como establece el numeral 6.5.7 de la citada NOM 005-SSA2-1993, V1 firmó el consentimiento bajo información que dispone el IMSS, sin ningún tipo de presión física, psicológica o emocional*”.

146. Sin embargo, contrario a lo expuesto por AR1 en su informe, y acorde con la normativa internacional y nacional antes indicada, así como de las constancias que integran el expediente de queja, para esta Comisión Nacional ha quedado evidenciado que, no hubo tal consentimiento informado por parte de V1 para la aplicación de un método anticonceptivo permanente, en los términos legalmente establecidos, ya que se concatenaron diversas irregularidades que permiten aseverarlo.

147. Es así que, los elementos de validez del acto jurídico, como lo es la firma de un formato de consentimiento informado, son la manifestación de voluntad, licitud, ausencia de vicios, capacidad, formalidad y forma, por lo que debe cumplir con todos para considerarse válido.



148. En el presente caso, V1, reconoció haber firmado un documento que le presentaron para autorizar la realización de la OTB. No obstante, conforme se acreditó en los apartados precedentes, la firma se llevó a cabo por V1 bajo un estado anímico y físico debilitado por el cansancio y agotamiento que la colocaron en una situación de mayor vulnerabilidad (60 horas de trabajo de parto estacionario y la obtención de dicha firma tan sólo 20 minutos antes de la práctica de la cesárea, previo a ingresar a quirófano), lo que hace imposible considerar que haya recibido la información referida por AR1, situación que afectó su libre voluntad y fue otorgada bajo presión. Además, debido al tiempo en que todos los hechos de la firma del consentimiento ocurrieron, es cuestionable que haya sido de manera oportuna, previa y con la supuesta consejería que AR1, afirmó que se le otorgó, ya que todo se realizó minutos antes de iniciar la cesárea.

149. Ello, aunado a lo expuesto por V1 en su queja, y que ha reiterado a personal de este Organismo Nacional, respecto de la forma en que AR1 obtuvo dicha autorización con su firma, es decir, de manera impositiva, no como consejería, le cuestionó si había tratado con su esposo lo relativo a no tener más hijos, incluso, juzgó su respuesta al indicarle que no lo había hecho, calificándola de irresponsable, por lo que de *motuo proprio* AR1 decidió hablar con V2, en los términos narrados en la queja y las entrevistas.

150. Asimismo, V1 consideró que fue intimidada por AR1 para que accediera a la práctica de la OTB, al mencionarle *“cuántos días más quieres durar aquí”, “ahorita voy a salir a hablar con tu esposo, sólo espero que no sea un macho de esos que no entienden, y es más, si no así te vas a quedar; a ver hasta qué horas te alivias”,* y salió del lugar. Es importante recalcar que AR1 fue la primera ginecóloga que revisó a V1 cuando ingresó al HGZ No. 9 y después de la atención médica otorgada por otro personal médico durante el transcurso de las 60 horas de trabajo de parto, regresó a su turno para atender a las pacientes, encontrándose nuevamente con V1.



151. Tales hechos adquieren veracidad y relevancia ya que, aunado a lo anterior, si bien AR1 argumentó que V1 firmó el consentimiento con la información que dispone el IMSS, sin ningún tipo de presión física, psicológica o emocional. Por su parte V2 y F1 mencionaron a esta Comisión Nacional que AR1 se presentó con ellos en la sala de espera del HGZ No. 9, y de forma grosera y brusca, les “*informó*” que por motivos de salud no era conveniente que V1 tuviera otro embarazo por las “*presiones altas*” que presentó y que V1 estaba de acuerdo en que le realizaran la OTB, sin que ellos tuvieran contacto directo con V1 para conversar al respecto y permitiera confirmar tal aseveración; ambos creyeron lo expuesto por la médica, dada la relación desigual de poder entre personal médico y pacientes. Por lo anterior, se aprecia que cuando V2 y F1 firmaron como “*testigos*”, no fueron testigos de ningún acto o consentimiento, ya que fueron informados en diferentes momentos y circunstancias.

152. También, AR1 en su informe señaló que para el consentimiento informado sólo se requiere la autorización de la paciente; sin embargo, es indudable que tuvo contacto con V2 y F1, ya que recabó sus firmas como supuestos testigos, las cuales se observan en el formato del Consentimiento Informado.

153. V1 ha insistido en que su voluntad no era la práctica de la OTB, pero que debido al temor de que algo malo le sucediera a su bebé, la forma en que le habló AR1 y ésta comunicarle que su esposo, V2, autorizó dicha cirugía, se sintió muy presionada e intimidada, por lo que firmó el consentimiento.

154. De forma tal, que también reclamó a V2 y a F1 el haber dado la autorización, como se lo informó AR1.

155. V1 además mencionó a personal de esta Comisión Nacional, que después de su alta médica del HGZ No. 9, regresó al nosocomio para preguntar sobre el motivo del proceder de AR1 y que debido a que estaba inconforme por la realización de la OTB, presentó su queja ante este Organismo Nacional.



156. También se debe considerar que la presentación de la queja por parte de V1 y que haya acudido a esta Comisión Nacional para exponer los hechos, es muestra plena del desacuerdo y la no aceptación de las condiciones en que imprimió su firma en el formato de consentimiento informado presentado por el IMSS.

157. Asimismo, previo a la continuación del análisis de dicho cuestionamiento, es importante referir los elementos que constituyen la aceptación de un consentimiento válido.

158. Al respecto, la CrIDH ha establecido estándares para que un consentimiento informado sea considerado como válido, principalmente en los casos de esterilización femenina, como el presente, al respecto señala que “[...] *debido a la naturaleza y a la gravedad del procedimiento, el cual implica que la mujer pierda su capacidad reproductiva de manera permanente, existen factores especiales que deberán ser tomados en cuenta por los proveedores de salud durante el proceso de elección informada que podría derivar en la obtención de un consentimiento informado para someterse a una esterilización*”.³⁸

159. Los elementos que señala la CrIDH para que el consentimiento se considere como valido son que debe ser previo, libre, pleno e informado:

Elementos característicos del Consentimiento valido ³⁹	
Previo	<p>Implica que siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico⁴⁰. Existen excepciones debido a la emergencia y se esté ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente.</p> <p>La urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria</p>

³⁸ CrIDH, Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329. Párr. 175.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Ibidem, Párr. 176.



	<p>ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento⁴¹.</p>
<p>Libre</p>	<p>Debe ser brindado de manera libre, voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones, amenazas, o desinformación. Tampoco puede darse como resultado de actos del personal de salud que induzcan al individuo a encaminar su decisión en determinado sentido, ni puede derivarse de ningún tipo de incentivo inapropiado.</p> <p>Al respecto, la Declaración de Helsinki destacó que el médico debe prestar atención al pedir el consentimiento informado cuando el participante potencial está vinculado con el médico por una relación de dependencia o si consiente bajo presión⁴²</p> <p>El consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por la persona que accederá al procedimiento.</p> <p>No podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad, inter alia, como durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea. ⁴³</p> <p>El consentimiento deriva del concepto de autonomía y libertad, se entiende que puede ser revocado por cualquier motivo, sin</p>

⁴¹ *Ibíd*em, Párr. 177.

⁴² *Ibíd*em, Párr. 181.

⁴³ *Ibíd*em, Párr. 183.



	<p>que ello entrañe desventaja o perjuicio alguno, incluso sólo de manera verbal, ya que no es definitivo.</p> <p>La obtención del consentimiento es producto de un proceso bidireccional entre el médico y el paciente, de modo tal que la información integral debe ser brindada por el personal de salud de forma objetiva, no manipulada o inductiva, evitando generar temor en el paciente, porque ello podría implicar que el consentimiento no sea realmente libre. Un consentimiento sin información no constituye una decisión libre.⁴⁴</p> <p>Factores tales como la raza, discapacidad, posición socio-económica, no pueden ser un fundamento para limitar la libre elección de la paciente sobre la esterilización ni obviar la obtención de su consentimiento.⁴⁵</p> <p>Asimismo, la Corte estima que es trascendental evitar que el personal médico induzca a la paciente a consentir como consecuencia de la falta de entendimiento de la información brindada, y que se abstenga de actuar prescindiendo del mismo, particularmente en casos en donde la mujer posee escasos recursos económicos y/o niveles bajos de educación, bajo el pretexto de que la medida es necesaria como medio de control de la población y de la natalidad.⁴⁶</p>
<p>Pleno e informado</p>	<p>El consentimiento pleno sólo puede ser obtenido luego de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna,</p>

⁴⁴ Ibídem, Párr. 184.

⁴⁵ Ibíd, Párr. 185.

⁴⁶ Ibíd, Párr. 188



comprensible y accesible, y luego de haberla entendido cabalmente.⁴⁷

Los prestadores de salud deberán informar al menos, sobre⁴⁸:

- i) la evaluación de diagnóstico;
- ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto;
- iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto;
- iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto;
- v) las consecuencias de los tratamientos, y
- vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.

La obtención del consentimiento debe derivar de un proceso de comunicación, mediante el cual personal calificado presente información clara y sin tecnicismos, imparcial, exacta, veraz, oportuna, completa, adecuada, fidedigna y oficiosa, es decir, información que otorgue los elementos necesarios para la adopción de una decisión con conocimiento de causa.⁴⁹

Se deberá tener en cuenta las particularidades y necesidades del paciente como por ejemplo su cultura, religión, estilos de vida, así como su nivel de educación. Ello hace parte del deber

⁴⁷ *Ibíd*, Párr. 189.

⁴⁸ *Ídem*.

⁴⁹ *Ibíd*, Párr. 191.



de brindar una atención en salud culturalmente aceptable.⁵⁰ Al respecto la Declaración de Lisboa señala que la información debe ser entregada “*de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pudiera entenderla*”⁵¹

Para que la información sea cabalmente comprendida y se tome una decisión con conocimiento de causa, se debe garantizar un plazo razonable de reflexión, el cual podrá variar de acuerdo a las condiciones de cada caso y a las circunstancias de cada persona. Ello constituye una garantía especialmente eficaz para evitar esterilizaciones no consentidas o involuntarias.⁵²

160. Estos elementos resultan relevantes en los casos de obtención de consentimiento de métodos anticonceptivos permanentes, como lo es la OTB, debido a la discriminación y estereotipos negativos o perjudiciales que afrontan constantemente las mujeres en el marco de la atención en salud y la historia del control sobre sus cuerpos.

161. Para esta Comisión Nacional es importante evaluar si el consentimiento firmado por V1 presentado por el IMSS cuenta con los elementos para considerarse como válido, por lo que se analizará a continuación cada uno de ellos.

C.1.1 Falta de elemento previo de consentimiento informado.

162. Sobre el elemento de previo, no se advierte que haya sido así, puesto que resulta poco convincente que, con tan solo 20 minutos antes de la intervención quirúrgica (cesárea) y en las condiciones de cansancio y vulnerabilidad por 60 horas de trabajo de parto estacionario en las que se encontraba V1, haya sido posible proporcionar una consejería adecuada y completa, en la que AR1 hubiese

⁵⁰ *Ibíd*, Párr. 192.

⁵¹ *Ídem*.

⁵² *Ibíd*em, Párr. 192.



informado las opciones con las que contaba, así como aclarar las dudas que a V1 le surgieran para que tomara la decisión que mejor le conviniera. y, por el contrario, se observó que ella había externado su interés por la aplicación del DIU.

163. Conforme a la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, se encontraron notas médicas en las que se señala que en su atención prenatal, V1 no había decidido el Método de Planificación Familiar (MPF) y en otras, que el método por el que había optado, era el dispositivo intrauterino (DIU), como se muestra en la siguiente tabla:

Tipo de nota en expediente	Fecha	Autoridad que firma	Registro
Nota de Ginecología y Obstetricia	Semana 35 de gestación. (nota sin fecha)	AR1	"MPF: AUN NO DECIDE"
Nota de ingreso a Ginecología y Obstetricia	19 enero 2017	SP2	"Sin MPF"
Nota de ingreso a tococirugía	30 enero 2017	Personal médico ilegible	"MPF: DIU"
Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería	30 enero 2017	SP3	"MPF – DIU"



164. No obstante estas notas médicas, y que V1 había manifestado que utilizaría el DIU como MPF, en ningún momento se le presentó el documento en el que hiciera valer su decisión, siendo responsable de esto todo el personal médico que la atendió a partir de su ingreso a tococirugía, es decir AR1, AR2, AR2, AR4 y AR5. En razón de lo anterior, se observa que la firma del consentimiento no se obtuvo con la suficiente información y el tiempo previo adecuado para que V1 meditara, conversara y decidiera con su esposo.

C.1.2 Falta del elemento libre en la firma del consentimiento de OTB.

165. En cuanto al elemento libre, conforme a lo expuesto con antelación, para esta Comisión Nacional ha quedado claro que el consentimiento para la aplicación de la OTB no fue de manera libre, porque su voluntad no fue esa, dado que estuvo sujeta a presiones endógenas (agotamiento físico por el esfuerzo realizado en el trabajo de parto) y exógenas (intimidación en los términos antes descritos, con la amenaza de que continuaría en trabajo de parto, el temor de que algo malo le ocurriera a su hijo y el condicionamiento para realizarle la cesárea hasta que aceptara ese método anticonceptivo), sin haber respetado que anteriormente externó su deseo de que se le aplicara el DIU, lo anterior conforme a la nota de ingreso a tococirugía del 30 de enero de 2017.

166. En este contexto, se puede decir que el consentimiento fue recabado en condiciones de violencia obstétrica, aprovechando la relación desigual de poder médica-paciente por parte de AR1 hacia V1. Se advierte que esta última fue engañada o se le proporcionó una información que no fue cierta sobre la emergencia obstétrica que presentaba por la presunta falta de líquido amniótico; evento que no se describe en las notas médicas que integran el expediente clínico de V1. No obstante, esta situación generó una gran preocupación a V1, por lo que consideró sí era urgente que le realizaran la cesárea, como manifestó le informaron, por ende, al ser condicionada esta operación a la de la OTB por parte de AR1, aunado a lo narrado por V2 y F1, firmó dicho consentimiento. Por lo anteriormente



señalado esta Comisión Nacional acredita que el consentimiento no fue obtenido de manera libre, voluntaria y autónoma.

167. En ese tenor, se puede observar que V1 no tuvo la libertad de elegir el método anticonceptivo que pudo haber utilizado y tampoco se respetó su manifestación para que se le aplicara el DIU, o sugerirle algún otro método que no hubiese sido el de la OTB, el cual tiene la particularidad de ser un método con altas probabilidades de ser irreversible y causa una alteración anatómica en la función reproductiva. Por el contrario, la presión ejercida en V1, se basó en estereotipos de género que la consideraron incapaz de cuidar su salud.

168. Es importante mencionar, que de acuerdo con la Opinión Médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, se tiene presente que V1 cursaba con padecimiento hipertensivo, pero éste fue controlado durante el trabajo de parto de manera adecuada, por lo que si AR1 consideró que V1 podría correr riesgo al volver a embarazarse, debió de orientar y aconsejarla sobre el MPF que pudiera utilizar, en tanto la situación por la que atravesaba la quejosa se modificara y estuviera en condiciones de querer conversarlo con su pareja, V2, y/o decidir conforme a su proyecto de vida, pero una vez que estuviera debidamente informada. Así, de decidir nuevamente quedar embarazada, podría contar con la debida atención médica prenatal adecuada a su estado de salud, lo cual no puede ocurrir con la realización de la OTB.

C.1.3 Falta de los elementos de consentimiento pleno e informado.

169. Sobre los elementos pleno e informado, es importante señalar que la OTB es un método de planificación familiar de carácter permanente, que consiste en la identificación de las trompas uterinas para ser ligadas, por lo que la paciente debe conocer y estar consciente de esta característica antes de decidir que se le realice tal procedimiento.



170. La información acerca del procedimiento de la OTB o de cualquier otro método anticonceptivo debe impartirse con anterioridad, en las diferentes oportunidades de consulta o visita con el médico tratante. Para tal efecto, se debe tener especial cuidado en proporcionar a la paciente, asesoría individual y de pareja durante el periodo prenatal, postparto, postcesárea o postaborto, y no debe efectuarse, como en el presente caso, bajo situaciones de presión emocional⁵³ ni mucho menos intimidatoria.

171. V1 señaló en su queja, que el mismo día en que se le realizaría la cesárea, AR1 le indicó que debía efectuarse la “*salpingoclasia*” -también conocida como OTB-, porque consideraba que no se debía volver a embarazarse, pero no le explicó las razones; únicamente que era por haber presentado la presión alta.

172. Lo anterior, se robustece con lo expuesto por AR1 en su informe con relación a la queja de V1, en el que adujo que, el 1° de febrero de 2017, revisó a V1 y encontró factores de riesgo obstétrico y reproductivo importantes emitiendo el diagnóstico de “*embarazo de 38 SDG [semanas de gestación] más cesárea previa no reciente más enfermedad hipertensiva del embarazo más ruptura prematura de membranas de evolución incierta más sin progresión del trabajo de parto*”. También refirió que, de acuerdo con la NOM 005-SSA2-1993, “... *la prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse ... a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, como era el caso de la paciente*” [...]. Sin embargo, como se ha planteado en los apartados que anteceden, se puede inferir que más que ofrecerle los distintos MPF, le impusieron la OTB.

173. Por su parte, AR6, en su carácter de Director General del HGZ No. 9, en su informe señaló que, el 30 de enero de 2017, a las 00:40 horas, V1 ingresó por presentar trabajo de parto más hipertensión gestacional, se le realizó cesárea bajo

⁵³ Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 “*De los servicios de planificación familiar*”, numeral 5.4.4.



consentimiento informado, “*así como consentimiento informado y explicación amplia por escrito para realización de OTB, siendo informada a las 14:50 horas del día 1 de febrero de 2017*” por AR1.

174. AR6 agregó que, se le explicaron los riesgos y entró a quirófano a las 15:00 horas; se le efectuó la salpingoclasia bilateral, sin complicación aparentes, *saliendo de su intervención quirúrgica a las 16:50 hrs*”. Es decir, diez minutos antes de la cesárea mostraron a V1 el formato en el que se le explicaron los métodos de planificación familiar, pero no se menciona que de manera verbal se le haya informado detalladamente, sugerido o dado respuesta a preguntas de V1, lo que resulta cuestionable que en ese lapso se haya dado cumplimiento a la consejería previa como lo señalan las normas nacionales e internacionales precitadas, y de la NOM 005-SSA2-1993, considerando además que durante ese tiempo V1 estaba siendo preparada para la cirugía.

175. Aunado a lo anterior, el 17 de mayo de 2018, V1 señaló a personal de esta Comisión Nacional, que al ingresar al citado Hospital, el personal médico que le preguntó sus datos, también le hizo la misma pregunta y contestó que se cuidaría con el dispositivo, pero le firmó a AR1 el consentimiento para que le realizaran la cesárea en los términos constantemente descritos, como se acredita con la nota de ingreso a tococirugía del 30 de enero a las 00:40 horas.

176. Con la finalidad de hacer patente los elementos que este Organismo Nacional ha advertido en las constancias que integran el expediente clínico del IMSS, y que permiten sustentar las observaciones vertidas en el presente documento relativas a que en este caso no se acredita el consentimiento pleno e informado en los términos precitados, es importante exponer el contenido del formato de “*Consentimiento informado en planificación familiar*” firmado por V1, V2, F1 y AR1, el cual se presenta a continuación:



Dirección de Prestaciones Médicas
 Coordinación de Salud Reproductiva
 Hospital General de Zona No. 9,
 Ciudad, Guzmán, Jalisco.



CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACION FAMILIAR

Yo, **NOMBRE COMPLETO DE V1** reconozco que me han informado sobre los beneficios que presenta para el cuidado de mi salud utilizar un método anticonceptivo. Que en la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.
 Por lo que declaro que se me informo lo siguiente:

- Existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mí y mi pareja.
- Los métodos temporales disponibles en el IMSS son: los hormonales orales e inyectables (pastillas e inyecciones), el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino (DIU) y el preservativo y se utilizan para espaciar los embarazos.
- Los métodos definitivos y permanentes son: la oclusión tubaria bilateral o salpingoplastia (ligadura de trompas) para la mujer y la vasectomía para el hombre y estos se eligen cuando se ha decidido no tener más hijos.
- Que para la aplicación de métodos como el implante, la vasectomía y la salpingoplastia es necesario el empleo de anestesia.
- Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada o embarazar a mi pareja.
- Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
- Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique.

Que es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso de:

Firmo este **CONSENTIMIENTO** por mi libre voluntad en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Cd. Guzmán, Jalisco, CA / Febrero / 2017
 Lugar y fecha

NOMBRE DE V1 Aceptante nombre y firma (o huella)	NÚMERO Número de afiliación	Unidad médica de adscripción
NOMBRE DE F1 Testigo nombre y firma	NOMBRE DE V2 Testigo nombre y firma	
Unidad médica donde se otorgo el método	NOMBRE Y FIRMA DE AR1 Personal que otorgo el método Nombre, firma y matrícula.	NÚMERO DE MATRICULA DE AR1

CSR-CI-01-2004

177. Como se puede observar, respecto de la OTB, únicamente proporciona información sobre que es un método definitivo y permanente (como también lo es la vasectomía para el hombre), que para su aplicación es necesario emplear anestesia; que como todos los métodos llega a fallar y por lo tanto existe la posibilidad de que la usuaria pueda quedar embarazada. Sin que se especifique en



qué consiste el procedimiento, los riesgos, efectos, sus contraindicaciones como lo es la enfermedad inflamatoria pélvica activa.

178. En suma, de las constancias que integran el expediente de queja, no se advierte que a V1 se le haya dado consejería previa, clara y detallada y sin presión alguna sobre la OTB, considerando que el documento de “Consentimiento Informado en Planificación Familiar” consiste en un formato previamente elaborado por el IMSS que se le presentó para su firma como una forma de cumplir el trámite, 10 minutos antes de ingresar a quirófano, después de 60 horas de parto estacionario, las preocupaciones por el bienestar de su hijo y las presiones realizadas por AR1.

179. Por lo que considerando en conjunto las acciones de AR1 y la violación al derecho a la protección de la salud y su derecho a una vida libre de violencia obstétrica acreditados en apartados previos de la presente recomendación, permite evidenciar la falta de los elementos de pleno e informado, por lo que AR1 y AR6 incumplieron con el numeral 5.4.2.7 de la NOM 005-SSA2-1993, que establece que *“La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento”*.

180. Al respecto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha recomendado que: *“toda información sobre esterilización debe ser brindada en un idioma, hablado y escrito, que la mujer comprenda; y en formato accesible [...] El personal que realiza la esterilización debe asegurarse que la paciente ha sido asesorada apropiadamente acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento y sus alternativas”*.⁵⁴

⁵⁴ FIGO, Female Contraceptive Sterilization. Executive Board Meeting. Junio 2011.



181. En razón de los elementos anteriormente expuestos, y tomando en cuenta los estándares establecidos por la CrIDH en la sentencia del Caso I.V. Vs. Bolivia, esta Comisión Nacional considera que el formato para la realización de la OTB suscrito por V1, carece de los elementos necesarios para considerarlo como válido, al no haberse cumplido con los elementos de previo, libre, pleno e informado.

182. Además, que en el caso de V1 no se llevó a cabo una consejería previa que le permitiera a V1 de forma reflexiva y meditada decidir si optaba por la aplicación del MPF de la OTB, que le permitiera considerar las consecuencias y si éstas se adaptaban a su proyecto de vida; aunado a que no se encontró el consentimiento para asegurar su manifestación de utilizar el DIU, de la cual sí se encontraron constancias médicas que lo señalaban como una decisión.

183. La CrIDH ha sostenido que el consentimiento deviene del concepto de autonomía y libertad, y su obtención es el resultado de “*un proceso bidireccional entre el médico y el paciente*”, por lo que la información integral que brinde el personal de salud, debe ser objetiva y no manipulada o inductiva, a fin de evitar temor en el paciente, ya que de lo contrario, el consentimiento no sería libre, en suma, “*un consentimiento sin información no constituye una decisión libre*”⁵⁵.

184. La citada NOM 005-SSA2-1993, prevé que en la decisión para realizar la OTB se debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios mediante el cual se brinde a estos últimos información de métodos anticonceptivos y elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la elección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

185. Asimismo, la citada NOM 005-SSA2-1993 establece en los lineamientos 5.7.4 y 6.5.8, que para la prescripción de la OTB, al tratarse de un método permanente,

⁵⁵CrIDH, Caso I.V. VS. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Párr. 184.



requiere que la aceptante esté consciente de esta característica, por lo que es necesario que, entre otros aspectos, se cumpla con un procedimiento amplio de consejería previa a su realización; autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal y valoración del riesgo quirúrgico, y cuando proceda, del riesgo anestésico.

186. En cuanto a la forma en que se recabó el *“Consentimiento Informado en Planificación Familiar”*, la CIDH señala que *“el tiempo y la forma en la que se proporciona la información [sobre métodos de planificación familiar], puede influir indebidamente en la decisión de aceptar o no el tratamiento propuesto (...) condiciones de estrés quirúrgico pueden afectar no sólo la comprensión por parte de una paciente de los riesgos y consecuencias de un procedimiento médico específico sino que puede hacerla más vulnerable a las influencias indebidas”*⁵⁶.

187. Para esta Comisión Nacional no pasa inadvertido que, obtener el consentimiento de V1 para la realización de la OTB en las circunstancias descritas, constituye una vulneración al derecho al consentimiento previo e informado.

188. Asimismo, las consecuencias de la realización de una OTB, exigen mayores controles para garantizar el consentimiento libre e informado. Ante un tratamiento *“médico de carácter intrusivo e irreversible, que no tiene un propósito terapéutico”* como una OTB, *“el proceso de consentimiento informado adquiere un alcance mayor y contenido especial”*⁵⁷. En el presente caso, tales controles no se realizaron.

189. Al respecto, el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO ha sostenido en sus *“Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y Ginecología”* que: *“El consentimiento de la mujer (...) no debe solicitarse cuando la mujer está en situación de vulnerabilidad como por*

⁵⁶ CIDH. Informe de Fondo No. 72/14, sobre el Caso 12.655, I.V. vs. Bolivia. Párr. 122.

⁵⁷ Ibidem. Párr. 123.



*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*⁵⁸.

190. De igual forma, el Comité CEDAW de la ONU en el caso *A.S vs Hungría*⁵⁹, y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *V.C. vs Eslovaquia*, han sostenido que aun y cuando las víctimas hayan firmado los “*formularios de solicitud*” de esterilización, si estos fueron sin una comprensión de la naturaleza del procedimiento o sus consecuencias, por el contexto o las circunstancias en el que fue solicitado el mismo, son equivalentes a la vulneración del consentimiento previo e informado⁶⁰.

191. Este Organismo Nacional considera que la OTB, al no tratarse de un procedimiento de urgencia médica, el personal médico tratante del HGZ No. 9, se encontraba obligado a asegurarse que el consentimiento informado fuera requerido en un momento diferente y no al momento de la terminación del embarazo, durante el parto o inmediatamente después del mismo, cuando V1 se encontraba en una situación de especial vulnerabilidad.

192. Por otra parte, AR6 al informar y justificar el hecho realizado por AR1 en agravio de V1, validó el acto violatorio de derechos humanos al aceptar que se haya obtenido la firma de un consentimiento informado para la práctica de la OTB contraviniendo la NOM 005-SSA2-199 y los elementos de previo, libre, pleno e informado señalados por la CrIDH en el Caso I.V. VS. Bolivia. Además, como titular

⁵⁸ Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia (FIGO) Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. 2012. Pág. 437.

⁵⁹ En el caso, *A.S. vs Hungría* (Opinión CEDAW/C/36/D/4/2004 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de 29 de agosto de 2006), la víctima fue sometida a una cesárea de emergencia. Inmediatamente antes de la cirugía, un médico le pidió a la paciente que firmara unos formularios sobre los que el médico había escrito a mano una declaración en la que la víctima prestaba su consentimiento para un procedimiento de esterilización. La paciente no comprendió la declaración ni que sería esterilizada hasta después de producida la operación.

⁶⁰ En el caso *V.C. vs Eslovaquia* (petición 18968/07), resuelto el 8 de noviembre de 2011 por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la paciente (víctima), otorgó su consentimiento cuando sus capacidades cognitivas se encontraban seriamente afectadas debido al parto y el dolor que padecía, firmando la solicitud. Párr. 15.



del HGZ No. 9, debió verificar que el personal médico cumpla con la normatividad señalada y se respeten los derechos de las personas derechohabientes en materia de métodos anticonceptivos y consentimiento informado.

193. En virtud del análisis de cada uno de los elementos del consentimiento previo, libre, pleno e informado, esta Comisión Nacional determina que la firma del formato de realización de la OTB de V1 no cumple con éstos.

C.2 Esterilización forzada de V1, como actos crueles, inhumanos, degradantes y tortura.

194. De acuerdo con las condiciones en que V1 firmó el consentimiento para realizarle la OTB, esta Comisión Nacional tiene elementos para aseverar que V1 fue víctima de esterilización forzada, dado que se violó la libertad y autonomía sobre sus derechos reproductivos.

195. El sistema interamericano también ha descrito la esterilización forzada como un tipo de violencia contra las mujeres. La CIDH ha considerado el tema de la “*esterilización realizada por personal de salud sin el consentimiento informado de la mujer*” y también las “*consecuencias físicas y psicológicas*”.⁶¹

196. En este sentido, la Recomendación General 31/2017 “*Sobre Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*”, emitida por esta Comisión Nacional, señala que “*Una práctica que constituye violencia obstétrica y transgrede el derecho a la libertad y autonomía reproductiva es la esterilización forzada, la cual, en determinados contextos, puede ser considerada una violación a la prohibición absoluta de la tortura*”.⁶²

⁶¹ CIDH, Acceso a servicios de salud maternas desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010, párr. 75.

⁶² CNDH, Recomendación General 31/2017 “Sobre Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, párr. 145



197. 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”*.⁶³

198. También señala que *“La esterilización forzada es un acto de violencia y una forma de control social que viola el derecho de las personas a no ser sometidas a tortura y malos tratos. Es indispensable obtener el consentimiento pleno, libre e informado de la paciente, una condición que no puede dispensarse nunca por motivos de urgencia o necesidad médica mientras siga siendo posible obtenerlo”*.⁶⁴

199. La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, señala que *“algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización, actuando en palabras del Tribunal Europeo de Derechos Humanos con una manifiesta falta de respeto a su derecho a la autonomía y a la elección como pacientes (V.C. c. Eslovaquia, núm. 18968/07, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), párr. 119.) intervenciones médicas han sido analizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales y han sido calificadas como formas de violencia de género contra la mujer*

⁶³ 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

⁶⁴ Idem.



*que puede causar daños físicos y psicológicos y que puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”.*⁶⁵

200. Por su parte, el Comité de la CEDAW, en su recomendación general sobre la violencia contra las mujeres, ha incluido a la esterilización y al aborto obligatorio, declarando que *“influyen adversamente en la salud física y mental de la mujer y violan su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos”*⁶⁶.

201. En el presente caso, el consentimiento que V1 firmó para que le realizaran la OTB, ocurrió en un estado alto de vulnerabilidad. Además, dicho consentimiento no cumple con todos los elementos para considerarlo válido, y no fue en ejercicio de su libertad. Por lo que, este Organismo Nacional considera que la esterilización forzada de V1 constituyó trato cruel, inhumano y degradante, así como tortura que dejó un daño permanente en su función reproductiva con secuelas emocionales, ya que V2 refirió a esta Comisión Nacional, que en ocasiones la ha visto triste por lo sucedido.

202. Por lo expuesto, esta Comisión Nacional determinó que AR1 y AR6 son responsables por la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción de V1.

D. DERECHO A ELEGIR EL NÚMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS DE V1.

203. 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: *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*. Para las mujeres, el

⁶⁵ Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11 de julio de 2019. Párr 21.

⁶⁶ 3 Comité CEDAW, Recomendación General N°. 19, párr. 22.



respeto de este derecho requiere de una protección especial, históricamente la maternidad ha sido en ocasiones impuesta e implica el ejercicio de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

204. Por su parte la Plataforma de Acción de Beijing, en su párrafo 96 señala que “*Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia*”.

205. En este tenor, la CrIDH en el “*Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica*” señaló que los derechos reproductivos “*se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva*”. Asimismo, 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*”⁶⁷.

206. La CIDH, ha sostenido que la decisión de las parejas de tener hijos, “*pertenece a la esfera más íntima de su vida privada y familiar*”⁶⁸. 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 Humanos.

207. Esta Comisión Nacional constató que, en el caso de V1 no se respetó el consentimiento previo, libre e informado en servicios de anticoncepción en los

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Demanda ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Gretel Artavia Murillo (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica*, 29 de julio de 2011.



términos precitados, lo que conllevó a que se le practicara la OTB, método anticonceptivo permanente con altas probabilidades de ser irreversible lo que afectó su capacidad reproductiva.

208. De este modo, AR1 al practicar a V1 dicho procedimiento quirúrgico en contra de la voluntad libre y sujeta a presión emocional, es responsable de vulnerar su derecho a decidir sobre el número y espaciamento de los hijos, así como su expectativa de formar una familia de manera libre.

209. La CIDH ha manifestado que la protección de la salud materna está contenida en el derecho a la integridad personal, destacando que: *“el acceso a la información y el consentimiento informado en el ámbito de la prestación de servicios de salud son instrumentos esenciales para la satisfacción efectiva del derecho a la integridad personal de las mujeres, especialmente en el ámbito de sus derechos sexuales y reproductivos”*⁶⁹.

210. El Comité CEDAW de la ONU ha expresado que la esterilización no deseada *“influye adversamente en la salud física y mental de la mujer y viola su derecho a decidir el número y el espaciamento de sus hijos”*.⁷⁰

211. Este Organismo Nacional considera que los hechos antes señalados se traducen en una serie de acciones y omisiones que tuvieron como consecuencia que, el 1° de febrero de 2017, a V1 se le realizara, un procedimiento de esterilización no deseado. Para esta Comisión Nacional la vulneración al derecho a la integridad personal, en este asunto, es de carácter continuado, al haber sido anulada su capacidad reproductiva y con secuelas irreversibles que dañan su proyecto de vida. Por lo que, se transgredió lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 16, numeral 1, inciso e) de la CEDAW.

⁶⁹ CIDH. Informe de Fondo No. 72/14, sobre el Caso 12.655, I.V. vs. Bolivia. Párr. 20.

⁷⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. Recomendación General No. 19. Párr. 22.



E. DAÑO AL PROYECTO DE VIDA.

212. 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”*⁷¹, 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”*⁷².

213. 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.

214. 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. De ahí que sea necesario analizar no únicamente la de V1 como principal afectada, sino también de V2 en su condición de esposo.

215. Tal como ya ha sido analizado, esta Comisión Nacional advirtió acciones y omisiones en la resolución del parto de V1 que generaron una inadecuada atención de éste por falta de vigilancia violencia obstétrica, así como la esterilización forzada por la realización de la OTB.

216. En el presente caso, fue la esterilización forzada que sufrió V1, la que 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.

217. Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, y 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el presente caso se cuentan con elementos de convicción suficientes que acreditan que AR1 y AR2 son responsables por la vulneración a los derechos a la libertad y autonomía reproductiva y a una vida libre de violencia en agravio de V1, en los términos expuestos en la presente Recomendación.

218. Por lo que, se incumplieron los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, 7, fracciones I, VII, 9, fracción II y 10, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 16, numeral 1, inciso e), de la CEDAW; 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 1, 3, 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 y la NOM 005-SSA2-1993 vigente en la época de los hechos, por lo cual deberán iniciarse las investigaciones administrativas correspondientes.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

219. En términos del artículo 7, fracción II, de la Ley General de Víctimas, y 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”, así como en los diversos criterios sostenidos por



la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se advierte 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y obligación de investigar los hechos; identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

220. Para tal efecto, en términos de los artículos 1° cuarto párrafo, 4° y 96 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos descritas, esta Comisión Nacional solicitará al IMSS la inscripción de V1 y de V2 en el Registro Nacional de Víctimas, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y se proceda a la reparación del daño a V1 y a V2, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación.

a). Medidas de rehabilitación

221. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1 y a V2 atención psicológica la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, por la afectación que sufrieron a causa de la violencia obstétrica y del efecto de la OTB sin consentimiento válido que se efectuó a V1. Se deberá ponderar la continuidad terapéutica que V1 informó que ha llevado a cabo.

222. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, 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 en caso de requerirlos.



b). Medidas de satisfacción.

223. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

224. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y a V2, el IMSS colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 por las violaciones a los derechos humanos descritas en contra de V1.

225. Además, en un plazo que no exceda tres meses a partir de la aceptación de la presente recomendación, se deberá dar una disculpa privada a V1 y a V2 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en coordinación con ambas víctimas y sus representantes legales, sobre los términos en que se llevará a cabo.

c) Garantías de no repetición.

226. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. Se deberá impartir cursos de capacitación, los que deberán proporcionarse a todo el personal directivo y médico y de enfermería encargado de la atención de mujeres embarazadas que labora en el HGZ No. 9, asegurando se incluya a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, aunque alguna de éstas ya no presten sus servicios en dicho hospital, pero sí continúen laborando en el IMSS.

227. Los cursos deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación, por lo que deberán ser 1) Sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento; 2) El derecho de las mujeres



a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017 emitida por esta Comisión Nacional, sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud y esterilización forzada, 3) Elementos del consentimiento informado válido para la implementación de métodos anticonceptivos establecidos por la CrIDH.

228. Dichos cursos podrán ser tomados en línea en la plataforma del IMSS o alguna otra ajena, siempre y cuando sean impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente en libertad y autonomía reproductiva y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. Lo cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciba en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

229. Además, se entregarán a esta Comisión Nacional las evidencias entre las cuales están programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, evaluaciones, entre otros.

230. En un plazo de 2 meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico del área de tococirugía, ginecología y obstetricia del HGZ No. 9 en la que se les exhorte a someterse, cuando sea procedente, al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia.

231. A un mes de la aceptación de la presente Recomendación, el texto de ésta deberá ser publicada en la página de intranet y de internet de la institución con el fin de que el personal del IMSS y personas derechohabientes tengan conocimiento



del caso, las repercusiones en las violaciones a los derechos humanos y estén en posibilidad de consultarla, durante un periodo mínimo de 3 meses.

232. En un plazo de 12 meses el IMSS deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, implementación de métodos de planificación familiar, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados.

233. Se implemente una campaña permanente de difusión en las clínicas y hospitales del IMSS sobre los derechos de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y su derecho a una vida libre de violencia obstétrica dirigida a las derechohabientes, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

d) Medidas de Compensación.

234. La compensación 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 a V2, en términos de la Ley General de Víctimas que conforme a derecho corresponda, de conformidad con las consideraciones expuestas, en la presente Recomendación.



235. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

236. De igual modo, se deberán considerar los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niñas y niños y personas en situación de pobreza).

En consecuencia, esta Comisión Nacional se permite formular a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. El IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, proceda a la reparación integral del daño a V1 y a V2, que incluya una compensación justa y suficiente, 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. Se otorguen a V1 y a V2 la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta



que alcancen 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, tomando en cuenta el proceso previo terapéutico de V1 y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, se deberá dar una disculpa privada por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 a V1 y a V2, en coordinación con ambas víctimas y sus representantes legales, sobre los términos en que se llevará a cabo, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 por las violaciones a los derechos humanos descritas en contra de V1 y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ No. 9 del IMSS en Ciudad Guzmán, Jalisco en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de 3 meses, se diseñe e imparta al personal directivo, personal médico y de enfermería del área tococirugía y de ginecología y obstetricia en el HGZ No.9, asegurando se incluyan a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, a pesar de que alguna de estas autoridades ya no presten sus servicios en dicho hospital, pero sí continúen laborando en el IMSS, los siguientes cursos de capacitación: 1) Sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento; 2) El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica, incluyendo la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, 3) Elementos del consentimiento válido



para la implementación de métodos anticonceptivos establecidos por la CrIDH, en los términos de la presente recomendación, los cuales podrán 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 enviar a esta Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

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

OCTAVA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de que, en caso de que el Órgano Interno de Control en el IMSS determine la responsabilidad administrativa de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 por los actos cometidos en contra de V1 y V2 inmediatamente se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas señaladas, y se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

NOVENA. En un plazo de 12 meses el IMSS deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los establecimientos médicos relacionados con atención obstétrica, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, implementación de métodos de planificación familiar, partos vaginales, episiotomías



y otros servicios de salud reproductiva proporcionados y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA. Se implemente una campaña permanente de difusión en las clínicas y hospitales del IMSS dirigida a las derechohabientes sobre los derechos de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y su derecho a una vida libre de violencia obstétrica, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel 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.

237. 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 de hacer 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 otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

238. 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.



239. 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 de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

240. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán 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 de los Derechos Humanos, 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. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA