

Expediente: CDHEZ/70/2017

Persona quejosa: Q1.

Persona agraviada: VD.

Autoridad Responsable: Personal del Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas.

Derechos Humanos vulnerados:

I. Derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el puerperio.

II. Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica, en relación con los derechos sexuales y reproductivos.

Zacatecas, Zacatecas, a 16 de octubre de 2019, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente CDHEZ/70/2017, y analizado el proyecto presentado por la Cuarta Visitaduría, la suscrita aprobó, de conformidad con los artículos 4, 8 fracción VIII, 17 fracción V, 37, 51, 53 y 56 de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con lo dispuesto por los numerales 80, 81, 82, 83, 84, 85 y 86 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, la **Recomendación 10/2019** que se dirige a la autoridad siguiente:

DOCTOR GILBERTO BREÑA CANTÚ, Secretario de Salud de Zacatecas.

I. DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. De conformidad con los artículos 6º apartado A, fracción II y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Mexicanos y los artículos 23 y 85 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas, los datos personales relacionados con esta resolución permanecerán confidenciales, ya que sus datos personales, así como aquellos relativos a su vida privada y familia, no tienen el carácter de públicos.

II. RELATORÍA DE LOS HECHOS Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA.

1. El 24 de febrero de 2017, **Q1** presentó, de conformidad con los artículos 30, 31 y 32 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, una queja en contra de personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, por actos presuntamente violatorios de los derechos humanos de **VD**.

Por razón de turno, el 27 de febrero de 2017, se remitió el escrito de queja a la Cuarta Visitaduría, bajo el número de expediente citado al rubro, a efecto de formular el acuerdo de calificación de ésta, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 55 y 56 del Reglamento de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.

El 28 de febrero de 2017, se determinó calificar los hechos como pendientes de calificar, de conformidad con lo establecido por el artículo 56, fracción VI, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, citándose en consecuencia, a **VD**, a realizar diversas aclaraciones respecto a los hechos materia de su queja.

El 03 de marzo de 2017, compareció la agraviada **VD** a ratificar la queja en contra de personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, y narró los hechos presuntamente violatorios de sus derechos humanos.

Una vez aclarada la queja, el 06 de marzo siguiente, se emitió acuerdo de calificación, de conformidad con lo establecido por el artículo 56, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, como hechos presuntamente violatorios de su derechos humanos a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el puerperio; así como el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica, en relación con los derechos sexuales y reproductivos.

2. Los hechos materia de la queja consistieron en lo siguiente:

Refiere la agraviada **VD** que, el 5 de enero de 2017, acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas, para atención de su primer parto; una vez que nació su bebé, escuchó que decían “código rojo”, motivo por el cual fue amarrada de los brazos a los costados y sintió que le aplicaron inyecciones en las piernas y brazos, después de eso, afirma no recordar nada. Cuando recobró la conciencia, se percató que eran las 12:30 horas, que personal del Hospital le informó que tuvo una hemorragia muy fuerte y que le pusieron un globo de bakry y gasas para contener la hemorragia, mismas que luego le quitaron, enseguida la dieron de alta aun cuando manifestó sentirse mareada y precisar que sentía como una canica en su estómago, manifestándole las enfermeras que eso era normal, que era por el embarazo.

Afirmó que, desde que la dieron de alta, continuó sintiéndose mareada, con dolor de cabeza, asco, temperatura y como una canica en su estómago. Luego de continuar con el dolor y mareos, el 23 de febrero de 2017, acudió a la clínica “Por Amor a Zacatecas” ubicada en la colonia Hidráulica, en Zacatecas, pues sintió que algo tenía colgando y al observarse se dio cuenta que era una gasa, pero que al intentar sacarla, sintió que se venía algo pesado; cuando la revisó una doctora, con pinzas extrajo una gasa, luego pidió un espejo y al ver al interior le expresó a un doctor que tenía todo infectado y que tenía mucha pus, por lo que le pidieron que se tapara ya que comenzó a oler feo y comenzaron a extraer el resto de las gasas, al contarlas fueron 8. Enseguida, la trasladaron al Hospital de la Mujer, en donde al pasarla le tomaron sus signos vitales, luego una doctora le hizo el tacto y un ultrasonido quien le expresó verla bien, que no se veía que le hubieran extraído nada; luego, la pasaron a piso en donde le dijeron a su mamá que había dos opciones, dejarla ahí para ponerle antibiótico intravenoso o que se regresara a su casa, motivo por el cual pidió quedarse hospitalizada en donde permaneció 3 días, de ahí que saliera el sábado 25 de febrero de 2017.

Finalmente, manifestó que fue informada que, debido a la fuerte hemorragia, y por la colocación del balón de Bakri, no le iban a colocar ningún método de planificación familiar; empero, que cuando acudió de nueva cuenta al Hospital de la Mujer Zacatecana, el 23 de febrero de 2017, le hicieron un ultrasonido y le informan que traía puesto el dispositivo intrauterino, pero que como ella no lo sabía, ahí mismo ya le habían puesto una inyección para prevenir embarazo.

3. El 22 de marzo de 2017 el Doctor **FRANCISCO JAVIER BASURTO**, Subdirector del Hospital de la Mujer Zacatecana, presentó informe de autoridad, en donde se detalla la atención médica que le fue proporcionada a **VD** en dicho nosocomio.

III. COMPETENCIA.

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas es competente, en los términos de los artículos 1º, 4º, 6º, 8º fracción VII, inciso A) y 31 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con los numerales 15, 16 y 17 de su Reglamento Interno, en razón de que la queja se promueve en contra de servidores públicos de la Secretaría de Salud de Zacatecas.

2. De conformidad con los artículos 55 y 56 del Reglamento Interior de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, este Organismo advierte que los hechos se puede presumir la violación de los derechos humanos de **VD** y la responsabilidad por parte de los servidores públicos señalados.

3. Esta Comisión presumió la violación de los siguientes derechos:

- a) Derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el puerperio.
- b) Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica, en relación con los derechos sexuales y reproductivos.

IV. PROCEDIMIENTO ANTE LA COMISIÓN.

Con la finalidad de documentar las presuntas violaciones a derechos humanos, así como para determinar la existencia o no de responsabilidad por parte de los servidores públicos señalados, este Organismo realizó entrevistas a las personas relacionadas con los hechos; se solicitaron informes a las autoridades señaladas como responsables, así como informes en vía de colaboración; y se revisó expediente clínico.

V. SOBRE LOS DERECHOS VULNERADOS.

A) Derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el puerperio.

1. La salud es considerada como uno de los derechos humanos indispensables para garantizar el desarrollo de las personas. En nuestro texto constitucional, el artículo 4º reconoce la protección a la salud como un derecho fundamental directamente exigible por todas las personas ante los poderes públicos. Por su parte, en el Sistema de Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamó que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial... la asistencia médica...”*¹. Así, la protección de la salud, como normas de reconocimiento de derechos, trae implícitas una serie de obligaciones que mandatan un quehacer a los poderes públicos; lo que ha hecho necesaria su interpretación para determinar el contenido mínimo de este derecho, que debe ser garantizado por los Estados.

2. A nivel universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se constituye como el texto más importante para la protección y definición del derecho a la salud. Así, a través de su artículo 12, reconoce *el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* y establece, ejemplificativamente, cuatro medidas obligatorias para los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho: la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y de medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas y, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad.

3. En correspondencia a lo anterior, la Observación General No.14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas ha dado una amplia concreción al contenido mínimo del artículo 12 del PIDESC, que resulta de especial utilidad para la interpretación del derecho a la protección de la salud. En ésta, se concibe a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. El cual, resulta una condición indispensable para asegurar el goce y ejercicio de otros derechos humanos. Asimismo, se especifica que además de garantizar el acceso y la atención médica, entraña el control de las personas sobre su cuerpo, libertad sexual y el derecho a no padecer injerencias sobre el mismo, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales².

¹ Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

² Cfr. Contenido de la Observación General No. 14 del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, 2000.

4. Por lo que concierne al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad³:

Disponibilidad	Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación, ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar,

³ Observación general 14. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párrafo 12.

	recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
Calidad	Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

5. Es importante señalar que, todos los instrumentos referidos hacen especial énfasis en la necesidad de adoptar medidas especiales dirigidas a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como lo son las mujeres y las niñas y niños, principalmente cuando éstas se encuentran embarazadas y éstas y éstos en la etapa prenatal y neonatal. De manera específica. El apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC señala de manera específica que el Estado debe adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y garantizar el pleno desarrollo de las niñas y niños. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha interpretado que esta disposición se refiere a la necesidad de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluidos el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

6. En el Sistema de Naciones Unidas, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma – Ata), la Declaración del Milenio y los Objetivos del Desarrollo del Milenio, abordan de manera específica la necesidad de brindar asistencia médico materno-infantil, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Por su parte, en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, los Estados acordaron incrementar la prestación de servicios de maternidad en aras de brindar una atención primaria a la salud de las mujeres. Comprometiéndose así, a la prestación de servicios de atención obstétrica de emergencia, de servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo y el parto, así como asegurar que todos los nacimientos cuenten con la asistencia de personas capacitadas.

7. Respecto a la salud materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, mediante la adopción de su Recomendación General No. 24, ha exhortado a los Estados a reducir las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. Asimismo, se ha pronunciado por la necesidad de que los Estados presten servicios gratuitos para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Por lo cual, los Estados tienen la obligación de garantizar los servicios de maternidad gratuitos y seguros, incluidos los servicios obstétricos de emergencia; ya que muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas al embarazo⁴.

⁴ Cfr. Recomendación General No. 24, supra nota 6.

8. De manera específica, el Comité de la CEDAW ha recomendado al estado mexicano garantizar el acceso universal a servicios de atención de salud e intensificar sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, instándolo particularmente a adoptar una estrategia amplia de maternidad sin riesgos, a través de la cual se dé prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad. Ello, debido a la alta tasa de mortalidad materna existente, la cual dista de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵. Por su parte, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU recomendó a México *“intensificar los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular mediante la adopción de una estrategia amplia sobre la maternidad segura, en la que se otorgue prioridad al acceso a servicios de atención de salud prenatal, postnatal y obstétrica de calidad”*⁶, así como a *“aplicar las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y de la CEDAW sobre los servicios de salud adecuados y accesibles para reducir la elevada mortalidad materna e infantil entre la población indígena”*⁷.

9. Por lo que hace al Sistema Interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos compromete a los Estados a adoptar medidas progresivas para lograr la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales⁸. Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, señala en su artículo 12 que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* e insta a los Estados a que reconozcan a la salud como un bien público, que debe ser garantizado a través de la adopción de las siguientes medidas: de atención primaria o asistencia sanitaria esencial que estén al alcance de todas las personas; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación acerca de la prevención y tratamientos de problemas de salud; y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos en situación de vulnerabilidad⁹.

10. En el año 2010, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió el informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, en el que dio cuenta de la gravedad del problema de la mortalidad materna como una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente de su derecho a la integridad personal, dado que en la medida que provean servicios adecuados y oportunos durante el embarazo, parto y periodo posterior a éste se asegura el derecho a la integridad de las mujeres.

11. De manera particular, el informe subraya la necesidad de que se garantice el equipamiento, suministro de medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto o puerperio, así como de personal médico capacitado al interior de los servicios de salud para responder adecuadamente ante las emergencias obstétricas que puedan presentarse, como forma de garantizar un acceso efectivo al derecho de la salud de las mujeres. Igualmente, señala que actitudes como la indiferencia, la insensibilidad o trato irrespetuoso percibido en el personal del sector salud, constituyen una barrera en el acceso a los servicios de salud. Situaciones que se pueden traducir en la afectación al derecho a la integridad física y emocional de las mujeres.

12. En este sentido, la Comisión ha considerado que los casos en que se practican intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos a las mujeres sin su consentimiento o que ponen en riesgo su salud, pueden constituir una violación al derecho a la integridad personal. También lo es la denegación de atención médica relacionada con el ámbito

⁵ Cfr. Contenido de las Observaciones finales de los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 7 de agosto de 2012.

⁶ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: México*, 11 de diciembre de 2013, párr. 148.155.

⁷ *Ibid.*, párr. 148.157.

⁸ Art. 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

⁹ Art. 12 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

reproductivo que ocasione un daño a la salud, o que le cause un estrés emocional considerable¹⁰. Así pues, a fin de que los Estados den cumplimiento al derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, es necesario que los servicios sean efectivos y de calidad; es decir, que garanticen las intervenciones claves, como la atención de las emergencias obstétricas, a fin de evitar los riesgos y daños prevenibles que se enfrentan actualmente en el campo de la salud materno-infantil.

13. En concordancia con las disposiciones señaladas en párrafos precedentes, la Ley de Salud del Estado de Zacatecas, en el artículo 35, establece que la atención materno-infantil posee el carácter de prioritaria, y conlleva la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

14. En la misma tesitura, la 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, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de abril de 2016, estipula que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos. En razón a ello, el personal médico y de enfermería de las instituciones de salud deben estar capacitados para identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas y perinatal para cada embarazo.

15. En relación a lo anterior, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, describe al expediente clínico como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

16. En el apartado 5 de Generalidades, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, señala que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal. Y que todo expediente clínico, deberá tener datos generales, como: tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; razón y denominación social del propietario o concesionario; nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

17. En el presente caso, derivado del análisis y concatenación de las evidencias que obran en el expediente de queja, se comprueba que el Estado violó el derecho a la salud de **VD**, en relación con disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el, en este caso, **puerperio**.

18. Por su parte, la 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, en el apartado 3, de definiciones, precisa en qué consiste cada una de esas etapas, así el **Embarazo**, es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento; **Parto**, es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos; y, por lo que hace al puerperio, la Norma atiende a 4 periodos: **Puerperio normal**, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. **Puerperio inmediato**, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto. **Puerperio**

¹⁰Ibid., págs. 11 y 12.

mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Y **Puerperio tardío**, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

19. Según lo narrado por la víctima, y acreditado con las constancias que obran en el expediente de queja, **VD** acudió el 5 de enero de 2017, a las 00:52 horas, al área de Valoración/Urgencias del Hospital de la Mujer Zacatecana, dado que presentó un embarazo de 39.2 semanas de gestación, con ruptura de membranas y salida de líquido transvaginal de 30 minutos previos a la valoración. Que fue valorada por personal médico de dicho nosocomio quienes, a la exploración física, señalaron que se encontraba producto único cefálico con frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto, al tacto vaginal cérvix con 2 centímetros de dilatación, con 40% de borramiento y con diagnóstico reservado. Posteriormente, a las 8:24 horas del mismo día, se atendió parto en el que se obtuvo producto vivo de sexo femenino, con peso de 2,809 gramos, que lloró y respiró al nacer.

20. Luego, para las 9:45 horas, del 05 de enero de 2017, se registró la nota de evolución de tococirugía, de la que se desprende que al revisar el canal de parto, introito vulvar, éste presentaba laceraciones y desgarros múltiples en cérvix, comisura derecha y labio posterior, pared lateral izquierda y parauretral derecho, aunados a hipotonía uterina, lo que implicó una hemorragia grave, motivo por el cual procedieron a activar el código rojo y, después de aplicar uterotónicos, solicitaron el apoyo del banco de sangre y anestesiología, así como la colocación del balón de Bakri y material textil, para contener la hemorragia; cabe resaltar que la propia nota médica, en el punto 12, establece “cuenta de textiles completa”.

21. Con lo anterior se tiene claro que, para cuando el personal de salud se percató de la hemorragia grave, activaron el código rojo, aplicaron uterotónicos, solicitaron el apoyo del banco de sangre y anestesiología, así como la colocación del balón de Bakri y material textil, **VD** se encontraba en la etapa de puerperio (normal o inmediato), pues fue posterior a la expulsión del producto de la concepción; luego, ese periodo de puerperio tiene una duración máxima de 6 semanas o 42 días después del parto.

22. Para mayor comprensión de los términos médicos empleados, esta Comisión de Derechos Humanos, solicitó a la Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, Perito Médico Legista, un dictamen médico, mismo que resulta ilustrativo y orientador para la comprensión de los términos empleados en el expediente clínico de **VD**¹¹.

23. El dictamen médico pericial en cita, señala que existe una secuencia temporal del código rojo, en donde, ante la presencia de desgarros vaginales o cervicales, se procederá a la reparación de los mismos utilizando valvas vaginales y suturas reabsorbibles, bajo anestesia local o general, de acuerdo a la profundidad de los mismos. Para contener la hemorragia postparto, consecuencia de la atonía uterina, y se aplican:

a) Técnicas compresivas intrauterinas: Las técnicas compresivas intrauterinas deben considerarse como el último procedimiento pre quirúrgico en casos de atonía uterina o como un único recurso terapéutico en lugares donde no se puede llevar a cabo una cirugía, teniendo en cuenta un traslado de urgencia. Si estos procedimientos no detienen el sangrado, debe desarrollarse a la brevedad una intervención quirúrgica conservadora o no conservadora, lo antes posible.

b) Taponamiento con gasas: es una antigua técnica que se ha practicado desde hace muchos años en algunos servicios, sin existir evidencia suficiente sobre su eficacia. Posee desventajas ya que es una técnica difícil, requiere experiencia y rapidez para la colocación de la gasa. Presenta además riesgos de Infección y de lesión uterina, y muchas veces no se logra compresión adecuada dentro del útero. Por estos motivos es una técnica que se desaconseja, a menos que no exista otro recurso.

c) Taponamiento con Balón: el uso de balones hidrostáticos para el tratamiento de la Hemorragia post-parto que demuestran ser superiores al taponamiento con gasas. Los más utilizados: el balón de Bakri, entre otros. Los que actúan en la cavidad uterina, logrando la detención del sangrado por compresión de la pared.

¹¹ Tesis aislara “PRUEBA PERICIAL. SU NATURALEZA JURÍDICA Y ALCANCE.” Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXII, Diciembre de 2005, Pag. 2745. Número de Registro 176491.

24. Según el expediente clínico, la paciente permaneció con el balón de Bakri y taponamiento de gasas de las 9:45 horas del 05 de enero de 2017, hasta las 15:00 horas del 06 de enero de 2017, pues así se advierte de las siguientes notas médicas:

- ✓ Nota de evolución de 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, en cuyo punto número 8, asentó que luego de haber revisado el canal del parto, la paciente presentaba laceraciones y desgarros múltiples en cérvix, comisura derecha y labio posterior, pared lateral izquierda y parauretral derecho, aunados a hipotonía uterina, lo que implicó una hemorragia grave, por lo activaron el código rojo y, entre otras intervenciones, se colocó el balón de Bakri y, en el punto 12, afirmó “cuenta de textiles completa”.
- ✓ Nota de 06 de enero de 2017, a las 15:00 horas, según las indicaciones médicas la paciente debía pasar a toco para retiro de balón de Bakri y, al calce de dicho documento, obra una nota manuscrita que expresa “Se retira Balón y taponamiento”.

25. Es necesario precisar que en las notas en las que se hizo referencia a la colocación y retiro del Balón de Bakri y material textil, ni el personal médico ni de enfermería realizó anotación alguna respecto de la cantidad de gasas que colocó para la contención de la hemorragia y, tampoco asentaron cuántas gasas extrajeron, lo cual se evidencia cronológicamente, con las siguientes notas médicas y de enfermería:

- ✓ Nota de evolución de 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, en el punto número 8, se asentó que luego de haber revisado el canal del parto, la paciente presentaba laceraciones y desgarros múltiples en cérvix, comisura derecha y labio posterior, pared lateral izquierda y parauretral derecho, aunados a hipotonía uterina, lo que implicó una hemorragia grave, por lo que activaron el código rojo y, entre otras intervenciones, se colocó el balón de Bakri y, en el punto 12, afirmó “cuenta de textiles completa”¹²
- ✓ Nota de evolución de 05 de enero de 2017, a las 13:15 horas, se asentó, entre otras cosas, “...tacto vaginal sin hematomas, coágulos o textiles...”¹³
- ✓ Nota de evolución, de fecha 06 de enero de 2017, a las 08:00 horas, se asentó de manera manuscrita “Valorar pasa a retiro del balón x la tarde”¹⁴
- ✓ Nota de evolución vespertina, del 06 de enero de 2017, a las 15:00 horas, en la que se asentó: “...ya con más de 24 hrs con Balón por lo que se pasa a Toco para retiro de Balón (...) Plan: PASA A TOCO PARA RETIRO DE BALÓN”¹⁵
- ✓ Nota de evolución del 06 de enero de 2017, a las 15:00 horas, en cuyas indicaciones médicas se asentó que la paciente debía pasar a toco para retiro de balón de Bakri y, al calce de dicho documento, obra una nota manuscrita que expresa “Se retira Balón y taponamiento”.¹⁶
- ✓ Indicaciones de alta, suscritas el 07 de enero de 2017, a las 08:00 horas.¹⁷
- ✓ Plan de cuidados de enfermería, del 06 de enero de 2017, donde se asentó “Retiro de balón 6/1/17 y taponamiento de las 15:00 a las 19:00”¹⁸

26. En el citado dictamen, la experta en la materia precisó, entre otros términos, el significado de textiloma, “este término ha sido empleado para referirse a un cuerpo extraño de materia textil olvidado dentro del organismo durante un procedimiento quirúrgico/ginecológico. El textiloma está compuesto por una matriz de algodón (compresas de algodón, toallas, gasas o esponjas), que provoca reacción de cuerpo extraño en el organismo, y que puede confundirse con un tumor o absceso en los estudios de imagen.” Y afirmó “los factores asociados a cuerpos extraños olvidados en el organismo durante un procedimiento quirúrgico, destaca la cuenta incorrecta de textiles e instrumental quirúrgico; personal auxiliar y profesional que sin autorización introduce o extrae compresas, y la mala praxis del equipo quirúrgico.”

¹² Foja 33, del expediente de queja.

¹³ Foja 34 ídem

¹⁴ Foja 35 anverso

¹⁵ Foja 35 vuelta

¹⁶ Foja 57

¹⁷ Foja 57 vuelta

¹⁸ Foja 68 vuelta

27. Por otro lado, afirmó la especialista que “según su presentación clínica y el tipo de reacción a cuerpo extraño que genera en el organismo, los textilomas se clasifican en agudos y crónicos. a). La presentación aguda ocurre en los días posteriores a la cirugía, se manifiesta principalmente por reacciones exudativas con formación de abscesos y fístulas entero-cutáneas. b). La presentación crónica, se manifiesta meses o años después de la intervención quirúrgica, clínicamente se caracteriza por formación de adherencias (obstrucción intestinal), por el desarrollo de una cápsula fibrosa gruesa o granuloma aséptico (pseudotumor), el cual puede ocasionar síntomas inespecíficos de largo plazo.”

28. Comprendido el tema a que hace referencia la agraviada **VD**, al afirmar que el 23 de febrero de 2017, luego de 50 días del nacimiento de su bebé, al realizarse una autoexploración, se localizó una gasa, la cual, al intentar jalarla, sintió que algo pesado se “venía”, por lo cual tuvo que acudir a una diversa clínica en donde le fueron extraídas alrededor de 8 gasas.

29. Ahora bien, de las constancias que obran en el expediente puede válidamente acreditarse que el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, que el 05 de enero de 2017 atendió el parto de **VD**, introdujo en la paciente material textil, pues así lo afirmó la autoridad al rendir su informe, así como la afirmación en el sentido de que fueron omisos en contabilizarlos.

30. Por su parte, la Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, Perito auxiliar de este Organismo advierte en su dictamen médico que, dentro de los factores asociados a cuerpos extraños olvidados en el organismo durante un procedimiento quirúrgico, destaca la cuenta incorrecta de textiles, entre otros.

31. Para evidenciar la utilización de los textiles empleados en la cavidad vaginal de **VD** en los primeros minutos del puerperio, se advierte en la hoja de evolución¹⁹, nota post parto, de 05 de enero de 2017, elaborada a las 09:45 horas, en el punto 12, la institución de salud expresó que la paciente “*Cuenta con textiles completa*”; luego, en la hoja de evolución subsecuente, del mismo 05 de enero de 2017²⁰, elaborada a las 13:15 horas, en la nota de ingreso a ginecología y obstetricia, los médicos tratantes asentaron textualmente “*A la exploración física paciente consciente, orientada, buena coloración de piel y tegumentos, buen estado de hidratación (...) tacto vaginal sin hematomas, coágulos o textiles, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar normal...*”.

32. Por lo que esta Comisión advierte que el personal de salud adscrito al Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió a **VD**, en la nota postparto elaborada el 05 de enero de 2017 a las 09:45, en el punto 12 dejaron la anotación “cuenta de textiles completa”, luego para las 13:15 horas de ese mismo día, es decir, tres horas y media después asentaron que, a la exploración física, concretamente en el tacto vaginal, la paciente no contaba con hematomas, coágulos o **textiles**.

33. Ahora bien, para mayor comprensión del término “cuenta de textiles completa”, se hace necesario remitirnos nuevamente al dictamen médico expedido por la Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, quien en el punto número 12, relativo a su análisis del derecho a la protección de la salud de **VD** precisó en qué consiste dicha expresión médica y señaló “*En relación a este hecho se debe considerara (sic), La enfermera instrumentista, junto con la enfermera circulante y el cirujano en este caso gineco-obstetra responsable del quirófano en ese momento deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes e instrumental.*” Continuó explicando que la cuenta de textiles en la mayoría de los hospitales, existen paquetes con un número determinado de gasas, compresas o torundas que previamente se ha negociado con el servicio de esterilización. Si durante el recuento inicial o al incorporarlo al campo, el paquete contiene un número mayor o menor al indicado, el paquete entero se devuelve a la enfermera circulante y se retira del quirófano. Según se van usando las compresas se las arroja dentro de un cubo con ruedas o cualquier otro dispositivo preparado a tal efecto.

¹⁹ Foja 33 del expediente de queja.

²⁰ Foja 34 *idem*.

34. Afirma que en la práctica médica los recuentos se realizan de forma audible, de manera ordenada con numeración consecutiva, y no apresuradamente ni de forma sumatoria. Durante los recuentos cada gasa, compresa o torunda debe separarse y contarse individualmente y, que para el recuento la enfermera circulante utilizará unas pinzas o lo realizará con guantes.

35. Refirió la especialista que son 4 los recuentos que se deben hacer de los textiles siendo el primer recuento, el realizado la persona que empaqueta los artículos en unidades estandarizadas para su esterilización; segundo recuento corresponde a los enfermeros instrumentista y circulante e incluso con la colaboración del cirujano cuentan juntos todos los paquetes antes de que comience la intervención quirúrgica. Estos recuentos son el punto de partida para los siguientes recuentos, en donde la enfermera circulante anotará inmediatamente el número de artículos de cada tipo en el registro, los paquetes adicionales se cuentan en lugar aparte lejos de los ya contados, por si fuera necesario repetir el recuento o desechar el artículo y el recuento no debe interrumpirse. Si debido a una interrupción, un despiste o alguna otra razón, dudamos que sea correcto, se repite; el tercer recuento es aquel que se hace antes de que el cirujano comience el cierre de una cavidad corporal o de una incisión grande o profunda, hay que realizar recuentos en tres áreas: 1. Recuento del campo: Esta área es la primera que debe contarse para no retrasar el cierre de la herida y prolongar la anestesia. El cirujano o el ayudante ayudan al instrumentista al recuento del campo quirúrgico. 2. Recuento de la mesa: Instrumentista y circulante cuentan juntos todos los artículos que hay sobre la mesa del instrumental y la mesa de mayo, mientras cirujano y ayudante pueden estar cerrando la herida. 3. Recuento del suelo: El enfermero circulante cuenta las compresas y demás artículos que se han recogido del suelo o se han salido del campo estéril. Estos recuentos deben ser verificados por el enfermero instrumentista. El enfermero circulante totaliza los recuentos del campo, de la mesa y del suelo. Si el segundo y el tercer recuento coinciden, el instrumentista le indica al cirujano que los recuentos son correctos; finalmente, el cuarto recuento o recuento final en ocasiones, se realiza un recuento final al cerrar el tejido celular subcutáneo o la piel. Sólo se le debe notificar al cirujano que un recuento es correcto cuando se haya terminado de contar físicamente, con números de forma sucesiva. Se realiza para verificar los demás recuentos. El enfermero circulante documenta en el registro del paciente que se ha contado, cuántos recuentos se han realizado y por quién, y si los recuentos son correctos. Si se retiene intencionadamente alguna gasa o compresa para hacer un relleno (taponamiento) o si un instrumento tiene que permanecer junto al paciente, también debe documentarse en el registro del paciente.

36. La Perito Médico Legista Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, también advirtió sobre situaciones de urgencias o emergencias, en donde si uno de los recuentos es omitido, debe ser a causa de una urgencia o emergencia y debe reflejarse en el registro del paciente; el incidente, de haberlo, debe documentarse de acuerdo con las normas y procedimientos institucionales. Cualquiera sea la causa o la ocasión en la que se omite, se interrumpa o se rechace un recuento por parte del personal responsable, debe documentarse por completo.

37. Por lo anterior, queda claro que existen prácticas, métodos, protocolos o normas que prevén situaciones como la vivida por **VD**, de ahí que no debería resultarle ajeno al personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana dicha práctica. Debiendo en todo caso haber realizado anotaciones respecto si en el caso de **VD** existió una urgencia o emergencia que les impidiera realizar adecuadamente el conteo de las gasas o textiles que introdujeron con la finalidad de contener la hemorragia pues, por el contrario, se afirmó, según el multicitado numeral 12, que se había realizado la cuenta de textiles completa. Luego, en la subsecuente revisión, efectuada a las 13:15 horas, se asentó que luego de haberse realizado un tacto vaginal, no se encontraron textiles.

38. Así las cosas, el 6 de enero de 2017, a las 15:00 horas²¹, la paciente pasó al área de toco-cirugía para retirar el balón de Bakri y, el 7 de enero siguiente, se autorizó su alta del hospital con datos de alarma obstétrica y cita abierta al servicio, así como cita en una

²¹ Foja 35, vuelta, del expediente de queja.

semana a ginecología. Empero, en una diversa hoja de evolución²² de la misma fecha y hora (06 de junio de 2017, a las 15:00 horas), se aprecia una nota manuscrita, al pie de página, que literalmente dice: “*Se retira Balón y taponamiento*”.

39. Por lo anterior, en virtud que el personal de salud que atendió a **VD** en el Hospital de la Mujer Zacatecana el 05 de enero de 2017, no tuvo la precaución de cuantificar las gasas o textiles que se introdujo en la cavidad vaginal conjuntamente con el balón de Bakri, con la finalidad de contener la hemorragia, es claro que tampoco estuvo en condiciones de verificar que se extrajeran en su totalidad, motivo por el cual la agraviada permaneció con ellas 50 días posteriores al parto (contabilizados del 05 de enero al 23 de febrero de 2017), provocándole los malestares y molestias referidas por ella en su queja.

40. Atendiendo a lo anterior, así como a los conceptos previamente citados de la “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”, el material textil permaneció en la cavidad vaginal de **VD**, durante todo el puerperio, mismo que comprende 42 días posteriores al parto, tiempo en el cual la víctima afirma haber tenido malestares como: “*seguí con dolor de cabeza, mareos, con mucho asco, con temperatura y sentí como una canica dentro del estómago*”, lo cual refiere ocurrió a finales de enero de 2017. Posteriormente, el 23 de febrero de 2017, luego de realizar una autoexploración y verificar la presencia de una gasa en su cavidad vaginal, misma que intentó sustraer, pero sintió que “algo pesado se le venía”, solicitó consulta en las instalaciones del Programa de Asistencia Médica Diferente, dependiente del Sistema Estatal DIF, en donde fue atendida por el Doctor **JUAN MANUEL CALDERA REVELES** y la Enfermera **LAURA ESTELA CHÁVEZ GUTIÉRREZ**, quienes pudieron constatar la presencia del textiloma en el conducto vaginal, con color verde grisáceo y olor fétido.

41. Ahora bien, de las entrevistas hechas al Doctor **JUAN MANUEL CALDERA REVELES** y la Enfermera **LAURA ESTELA CHÁVEZ GUTIÉRREZ**, adscritos al Programa Asistencia Médica Diferente (AMEDIF), del Sistema estatal DIF, se desprende claramente que luego de extraer las gasas fétidas y en color verde grisáceo, **VD** fue canalizada al Hospital de la Mujer Zacatecana, para obtener la atención médica especializada ante la sospecha de una posible infección por el tiempo que las gasas permanecieron en el interior del cuerpo de la agraviada. Situación que la llevó a permanecer en el citado nosocomio por tres días (del 23 al 25 de febrero de 2017), con antibióticos para erradicar la infección producida por la permanencia de un cuerpo extraño en el interior de la vagina.

42. Por tanto, durante el periodo comprendido entre el día del parto (05 de enero de 2017), al día en que la agraviada solicitó atención médica por las molestias ocasionadas ante la permanencia de las gasas en el interior de su vagina (23 de febrero de 2017), transcurrieron un total de 50 días, de ahí que a la exploración efectuada por el personal médico y de enfermería del Programa de Asistencia Médica Diferente (AMEDIF), resultara el hallazgo de material textil o gasas en color verde grisáceo, con olor fétido, lo que a su vez, condujo a trasladar a la paciente de nueva cuenta al Hospital de la Mujer Zacatecana para la atención de una posible infección.

43. Conforme a la opinión médica emitida por **JUAN MANUEL CALDERA REVELES**, era necesaria la revisión de un especialista, ante la sospecha de una infección por el tiempo que permanecieron las gasas, lo que así sucedió, pues en el propio expediente clínico de **VD** obran las notas médicas de la atención que se le brindó el 23 de febrero de 2017, a las 12:29 horas²³, cuyo motivo de visita se asentó “parto 46 días, gasa en cavidad vaginal”, presentaba una temperatura corporal de 37.4 grados centígrados y el diagnóstico fue “cervicovaginitis secundario a probable cuerpo extraño”, por lo cual esa fecha, a las 14:00 horas se extiende la nota de ingreso a piso de Ginecología y Obstetricia; así como una nota de alta y contrarreferencia, suscrita el 24 de febrero de 2017, con fecha de egreso 25 de febrero siguiente, por lo que, como lo refiere la agraviada, permaneció en el Hospital de la Mujer Zacatecana del 23 al 25 de febrero de 2017, para atender la infección causada por la permanencia del textiloma en la vagina.

²² Visible a foja 57 del expediente de queja

²³ Foja 73

44. Se corrobora que, luego de haber extraído las gasas de la cavidad vaginal de **VD**, tuvo que ser trasladada al Hospital de la Mujer Zacatecana, para una valoración médica especializada, pues obra en el expediente clínico una hoja de hospitalización de fecha 23 de febrero de 2017²⁴, en la que se refiere que ingresó con diagnóstico de cervicovaginitis. Asimismo, obra la valoración del área de urgencias, elaborada a las 12:29 horas, en esa misma fecha, en la que se asienta que **VD** contaba una tensión arterial de 100/70, frecuencia cardíaca de 88, frecuencia respiratoria de 20 y una temperatura corporal era de 37.4°C, estableciendo en dicha valoración el mismo diagnóstico de cervicovaginitis, pero agregando que ésta fue secundaria a un cuerpo extraño; asimismo, el plan asentado en esa nota es la hospitalización para impregnación de antibiótico. Luego, en las subsecuentes notas de evolución, se hace referencia al mismo diagnóstico y se asienta que se le ministró antibiótico ceftriaxona y gentamicina. Asimismo, existe una nota de alta y contrarreferencia, para que el 25 de febrero de 2017, **VD** abandonara el nosocomio.

45. Por lo anteriormente señalado, esta Comisión arriba a la conclusión que el personal médico y de enfermería del Hospital de la Mujer Zacatecana que atendieron la hemorragia post-parto de **VD** el 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, vulneró el derecho a la salud de la agraviada, en razón de la omisión en que incurrieron al no contabilizar y documentar en el expediente clínico el número de gasas que se colocaron, lo que llevó a no extraerlas en su totalidad, provocando, durante los 50 días siguientes al parto, incomodidades en su salud y la permanencia por 3 días más en el hospital responsable a efecto de aplicar antibióticos para eliminar la infección ocasionada²⁵.

46. Dicha violación al derecho humano a la salud de **VD**, derivó de una deficiente calidad en la atención médica, es decir, que el personal de salud que el 05 de enero de 2017, atendió la hemorragia posterior al parto, estuviera lo suficientemente capacitado para responder adecuadamente ante la citada emergencia obstétrica y con ello garantizar un acceso efectivo a su derecho de la salud.

47. Robusteciendo, el personal de salud adscrito al Hospital de la Mujer Zacatecana, que el día 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, atendió la hemorragia post-parto de **VD** incurrió en una conducta de omisión, por no cumplir con su obligación de realizar el correcto recuento de gasas, lo que a la postre, provocó una afectación a la salud de la agraviada, durante el periodo del puerperio; por tanto, bajo esa premisa, la autoridad a quien va dirigida la presente Recomendación deberá investigar a quién o quiénes les correspondía el recuento del material textil y documentarlo en el registro del paciente, a efecto de deslindar responsabilidades correspondientes. Ello en virtud de tenerse por cierta la responsabilidad por la violación al derecho a la salud en agravio de **VD**, previsto en los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José"; 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"; 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 1 y 2 de la Ley General de Salud, relacionados con el ordinal 16.1, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

B) Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, en relación a no ser víctimas de violencia obstétrica.

48. El derecho de las mujeres a no ser objeto de discriminación y violencia se encuentra reconocido tanto en el sistema normativo nacional como internacional (regional y universal) de protección de derechos humanos. La adopción de instrumentos que salvaguardan este derecho, refleja un reconocimiento de los Estados a la situación histórica de subordinación y marginación que han experimentado las mujeres en la sociedad, así como un consenso de que la violencia contra éstas, constituye un problema público que debe ser atendido, a

²⁴ Foja 72 del expediente de queja.

²⁵ Foja 75 vuelta, "se deja para impregnación con antibiótico..." "...manejada con doble esquema de antibiótico ceftriaxona y gentamicina"

través de acciones estatales para su prevención, atención, sanción y finalmente, para su erradicación.

49. En este sentido, los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconocen la igualdad de las mujeres y prohíben toda discriminación motivada por su género, buscando así garantizar su derecho a una vida libre de violencia. Asimismo, conforme a lo establecido en el tercer párrafo del artículo 1º constitucional, las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar que las mujeres ejerzan libre y plenamente todos los derechos y libertades reconocidos en nuestra constitución y en los tratados internacionales en los que el estado mexicano sea parte.

50. Por ello, es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o lo discrimine en el goce de derechos que sí se les reconocen a quienes no se consideran en tal situación de inferioridad²⁶. Así, el derecho a la igualdad compromete al estado mexicano a prevenir, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer; ya que ésta se traduce en el menoscabo o anulación del reconocimiento y ejercicio de cualquiera de sus derechos.

51. El artículo 6 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer establece que el derecho de éstas a una vida libre de violencia incluye, entre otros: el derecho a ser libres de toda forma de discriminación, y el derecho a ser valoradas y educadas libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Para garantizar este derecho, el Estado debe adoptar medidas específicas, tanto de carácter legislativo como administrativo, orientadas a erradicar cualquier acción o conducta que, basada en su género, le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado²⁷. Dicha obligación implica que, los Estados no sólo deben abstenerse de incluir normas o políticas discriminatorias que afecten la igualdad de las mujeres, sino que deben adoptar un papel activo para garantizar que éstas disfruten plenamente del ejercicio de sus derechos humanos libres de toda discriminación.

52. En razón a lo anterior, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que el estado mexicano debe generar y coordinar acciones que favorezcan el desarrollo y bienestar de las mujeres, conforme a los principios de igualdad y de no discriminación; las cuales deben garantizar la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de la todos los tipos y modalidades de la violencia contra éstas, durante todo su ciclo de vida. De manera particular, los Estados están obligados a tomar en cuenta aquellas situaciones que coloquen a las mujeres en vulnerabilidad en razón de su raza, edad, condición étnica, situación socioeconómica o bien, por su condición de embarazo, discapacidad, de migrante, desplazada, entre otros²⁸.

53. En lo concerniente a la salud de las mujeres, el marco normativo nacional y estatal, prevén la responsabilidad del estado mexicano de garantizar que, en la prestación de los servicios del sector salud, se respeten los derechos humanos de éstas²⁹. Por su parte, la Convención para la Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer obliga al estado mexicano a adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica y garantizar su acceso a servicios de atención médica, así como a servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio³⁰. Es decir, el Estado debe garantizar que los servicios de atención médica, relacionados con el embarazo, parto o periodo posterior a éste, atiendan el punto de vista, necesidades e intereses propios de las mujeres. Asimismo, se deben adoptar medidas que permitan el acceso oportuno a éstos

²⁶Cfr. Artículo 1 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en relación con los casos González y otras vs. México, Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, 16 de noviembre de 2009; y Atala Riffo y niñas vs. Chile, Fondo, reparaciones y costas, 24 de febrero de 2012. Así como con la Opinión Consultiva OC-8/84, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

²⁷ Artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

²⁸ Artículo 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

²⁹ Cfr. Artículo 46, fracciones II y X y 49 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia y artículo 41 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Zacatecas.

³⁰ Art. 12 de la Convención para Eliminar todas las formas de discriminación contra la Mujer.

y a los servicios obstétricos de emergencia, de forma que los embarazos, partos y puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad³¹. Ello, debido a que la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo puede ocasionar una afectación a su integridad física y emocional o incluso, vulnerar su derecho a la vida.

54. El goce y disfrute del derecho a una vida libre de violencia obstétrica está supeditado a una serie de exigencias como el cumplimiento de factores institucionales y la adopción de las medidas pertinentes para alcanzar este fin; implica el respeto y garantía de los derechos a la protección de la salud y derechos reproductivos, los cuales han tenido un importante desarrollo jurisprudencial en el sistema universal e interamericano de derechos humanos.

55. Si bien la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no incluye una definición de la violencia obstétrica, las leyes locales de Chiapas, Distrito Federal (ahora Ciudad de México), Durango, Guanajuato, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas, sí tipifican a ésta entre los tipos de violencia contra las mujeres. En este sentido, dichas leyes buscan proteger a las mujeres de todo acto u omisión por parte del personal de salud que las dañe, lastime o denigre durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la negligencia en su atención médica. La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

56. En la temporalidad en que ocurrieron los hechos que se analizan en la presente Recomendación, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas, establecía: Artículo 9. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...] VII. Violencia sexual. Se entenderá, así mismo, como Violencia Sexual, a la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, la cual consiste en cualquier acto u omisión que impida o restrinja el libre ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y, por tanto, afecte el ejercicio de la libertad sexual.

57. Luego, el 23 de junio de 2018, el legislador zacatecano incluyó en las modalidades de violencia, la violencia obstétrica, en cuyo artículo 14 Quáter, precisó: “Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y sobreparto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en malos tratos, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales: la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en esta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz de la niña o niño con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.”

58. Por tanto, se considera violencia obstétrica, los siguientes actos:

- Acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer, en cualquiera de las tres etapas:
 - Durante el embarazo
 - En parto
 - En el sobreparto o puerperio
- Negligencia en la atención médica que se exprese a través de malos tratos, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre ellos:
 - la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas
 - practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en esta materia;
 - el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer,

³¹ Cfr. Contenido de la Recomendación General No. 24, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, febrero de 1999.

- obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz de la niña o niño con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

59. Entonces, la violencia obstétrica se genera en el ámbito de atención del embarazo, parto y periodo posterior a éste, y se manifiesta no sólo a través de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física, la no discriminación, a la intimidad y vida privada, debido a la falta de una atención respetuosa por parte de los servicios de salud. Así, la violación a este derecho se materializa a través del trato irrespetuoso del personal médico o administrativo o bien, de sus actitudes de indiferencia o manipulación de información; la falta de asistencia oportuna; el aplazamiento de la atención médica urgente; la falta de consulta o información sobre las decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, el estado de su hija o hijo, así como de las actuaciones del personal médico sobre éstos o bien, en acciones que pueden derivar en la muerte de las mujeres embarazadas o de sus hijas o hijos.

60. Las etapas del embarazo, parto y puerperio, constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

61. En este sentido, el personal encargado de proveer los servicios de salud a la gestante, debe conducirse con respeto a sus derechos humanos, situación que en algunas ocasiones no acontece, ya que las afectaciones hacia los derechos y salud reproductiva de las mujeres, ocurridas durante la atención al embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, son una práctica que aqueja a las mujeres y adolescentes³² gestantes, sin desconocer que existen casos de niñas embarazadas³³.

62. Asimismo, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que el derecho a la salud consiste en el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

63. En cuanto al derecho a la protección de la salud en relación con la protección de la salud reproductiva, el artículo 16.1, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conmina a los Estados a garantizar en condiciones de igualdad los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a acceder “a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”

64. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró, que “[l]a 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”³⁴.

65. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada³⁵; igualmente,

³² La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Enlace:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

³³ Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 1º: “...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

³⁴ Corte IDH. “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.

³⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.

ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener³⁶ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento³⁷.

66. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 establece la obligación estatal de “garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”³⁸.

67. Por su parte, el artículo 15.3, inciso a), del Protocolo de San Salvador, obliga a “conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto”, mientras que el artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre contiene el derecho de protección a la maternidad y a la infancia.

68. En 2014 la Organización Mundial de la Salud se pronunció respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, reconociendo que: “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo”³⁹.

69. 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”⁴⁰, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”⁴¹ (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁴² (ODS), adoptados en 2015 con la finalidad de que los Estados Miembros renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento.

70. El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém Do Pará, recomienda a los Estados: “[e]stablecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva”⁴³.

71. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha resuelto asuntos que involucran violencia obstétrica con motivo de la trasgresión de derechos reproductivos, tal es el caso de F.S. Vs. Chile⁴⁴, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú⁴⁵ e I.V. Vs. Bolivia, relacionados con la esterilización forzada de las víctimas.

72. La misma Comisión en el Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que el “deber de los Estados de 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

³⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud”, Ginebra, Suiza. 1996.

³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.

³⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 24: “Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud”. párrafo 27.

³⁹ Declaración de la OMS “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. 2014

⁴⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994

⁴¹ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000

⁴² Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

⁴³ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). “Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará”. Abril 2012. Páginas 39- 40

⁴⁴ Comisión IDH. Informe No. 52/141. Petición 112-09. Admisibilidad. F.S. Vs. Chile. 21 de julio de 2014

⁴⁵ Comisión IDH. Informe n o 71/03. Petición 12.191. Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú. 10 de octubre de 2003

para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas⁴⁶.

73. Tracy Robinson, entonces Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana, en el marco del Día Internacional de la Mujer declaró que: “persiste la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud, lo cual se expresa, por ejemplo, en la patologización de procesos naturales como el parto, la utilización de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento previo de la mujer, la práctica de cesáreas existiendo condiciones para un parto natural y sin consentimiento previo de la mujer, entre otros aspectos⁴⁷”

74. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto⁴⁸”.

75. El sector salud cuenta con normas oficiales cuyo contenido regula los aspectos vinculados con la prestación de los servicios de salud materna, como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, señalando de manera enunciativa, no limitativa, las siguientes:

Normas Oficiales Mexicanas relacionadas
NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.
NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación.
NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.
NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.
NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

76. Respecto a la atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio, es importante distinguir entre la violencia obstétrica y la negligencia médica, ya que son figuras que pueden configurarse y concurrir, en el escenario de la atención obstétrica. Identificar ambos fenómenos, permite distinguir cuando se está ante un caso o ante otro.

77. Incurre en negligencia, el prestador de servicios de salud que al brindar atención médica la realiza con “descuido de precauciones y atenciones calificados como necesarios en la

⁴⁶ Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

⁴⁷ Comisión IDH. Comunicado de prensa: “En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” 6 de marzo 2015. Enlace: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/024.asp>

⁴⁸ Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechossexuales-y-reproductivos&Itemid=268.

actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión⁴⁹.

78. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece que, tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, la responsabilidad se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *lex artis*⁵⁰.

79. En diversas Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto a los casos en los que el personal médico o profesional en salud, se ha colocado en la hipótesis de “negligencia médica”, se ha establecido que se actualiza al omitir establecer la gravedad de la paciente, no llevar a cabo una exploración física integral, actualizada y metódica⁵¹, realizar procedimientos quirúrgicos de manera innecesaria y sin informar al paciente⁵² y no brindar el tratamiento médico oportuno⁵³, por citar algunos ejemplos.

80. Aunado a la negligencia, existen otras formas de incurrir en responsabilidad, como la impericia, la imprudencia y la inobservancia de normas y reglamentos; conductas que al igual que la violencia obstétrica, pueden derivar en la responsabilidad penal, civil o administrativa del profesionista, según sea el caso. Teniendo en cuenta los elementos arriba citados, es posible plantear algunas diferencias entre la negligencia médica y la violencia obstétrica.

81. En el caso de la negligencia médica se observa que es una conducta en que incurre personal médico o profesional de salud, hacia cualquier persona, independientemente de su género. Por su parte la violencia obstétrica, es una conducta en que incurre personal médico, y/o profesional en salud, y/o servidores públicos del hospital y de cualquier orden de gobierno, que tiene su origen o sustento por cuestiones de género.

82. En la negligencia médica, la(s) conducta(s) realizada(s) pueden consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia y, falta de diligencia, entre otras, que pueda afectar la salud e integridad de una persona, es decir, incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión. Por lo que hace a la violencia obstétrica, la(s) conducta(s) realizada(s) puede(n) consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación, entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos de las mujeres, por una deshumanizada atención médica a las mujeres, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida de la mujer.

83. En ambos casos, se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión. La negligencia médica puede configurarse en cualquier momento de la atención médica brindada a cualquier persona, mientras que la violencia obstétrica ocurre durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio.

84. En la investigación de un caso de negligencia médica, se deben considerar las obligaciones que debió cumplir y atender el médico ante una situación determinada, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma. En un escenario de violencia obstétrica, la investigación debe tomar en cuenta las obligaciones que debió cumplir y atender el médico

⁴⁹ Bañuelos Delgado, Nicolás. “La mala práctica”. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.

⁵⁰ Registro: 2006252. Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5, Abril de 2014, Tomo I. Materia(s): Constitucional, Administrativa. Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.). Página: 818. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

⁵¹ Recomendación No. 21/2016 Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección de la salud y al derecho a la vida en agravio de V, en el Hospital General de Pemex en Veracruz. Párrafo 40

⁵² Recomendación No. 14/2016 Sobre el caso inadecuada atención médica en agravio de V, en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 1, del Hospital General Regional No. 36, del IMSS en Puebla, Puebla. Párrafo 65.

⁵³ Recomendación No. 56 /2015 Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida en agravio de V1, adulta mayor, en la Unidad Médica Rural No. 290, del IMSS, en Miahuatán, Oaxaca. párrafo 41.

en una ocasión específica, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma; además de las conductas realizadas por cuestiones de género y que transgredieron los derechos humanos e integridad de la mujer.

85. Las mujeres gestantes son susceptibles de verse afectadas con motivo de acciones físicas o verbales, así como omisiones cometidas por los profesionales en servicios de salud; situación en la que convergen dos tipos de violencia, la que podríamos considerar de carácter genérico denominada como violencia contra la mujer⁵⁴ y una de carácter específico llamada violencia institucional⁵⁵, las cuales son definidas en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

86. La violencia obstétrica, es un tipo de violencia de género, cuya complejidad y particularidades exigen un estudio pormenorizado de la forma en que opera, personas que intervienen, circunstancias en que se reproduce y consecuencias. Tiene dos modalidades: a) la física, que se configura cuando se “se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; y b) la psicológica, que se presenta ante “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”⁵⁶

87. El maltrato de las mujeres en las salas de maternidad, se materializa como violencia obstétrica. Es necesario cuestionarse sobre sus efectos en la vida de las mujeres, los cuales pueden ser físicos o psicológicos. Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos de las víctimas, lo que ha sido motivo de numerosas recomendaciones emitidas por los organismos protectores de derechos humanos del país. En dichas Recomendaciones se han acreditado la afectación a los siguientes derechos: Derecho a la vida; Derecho a la integridad personal; Derecho a la igualdad y no discriminación; Derecho a la libertad y autonomía reproductiva; Derecho a la información y libre consentimiento; Derecho a la protección de la salud; Derecho a una vida libre de violencia⁵⁷.

88. Ahora bien, la violencia obstétrica, como se ha dicho, es aquella que ocurre durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio, conceptos que se encuentran descritos en la 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, en el apartado 3, de definiciones: **Embarazo**, es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento; **Parto**, es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos; y, por lo que hace al puerperio, la Norma atiende a 4 periodos: **Puerperio normal**, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómofisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto. Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Y Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

89. Dentro de este apartado, se hace necesario analizar una de las modalidades en las que se ejerce la violencia obstétrica, concretamente el concerniente a la patologización de los procesos naturales por el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, lo que se traduce, a su vez, en

⁵⁴ Artículo 5, fracción IV. 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.

⁵⁵ Artículo 18. Son 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.

⁵⁶ Medina, Graciela. “Violencia obstétrica”. Revista de Derecho y Familia de las Personas, núm. 4, Buenos Aires, Diciembre 2009. Páginas 3 y 4.

⁵⁷ CNDH Recomendación General 31/2017

los derechos reproductivos de éstas, y son el conjunto de derechos humanos ejercidos en lo individual o en pareja, para decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, así como a disponer de la información de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, los cuales también incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia de conformidad con lo establecido en la ley, a la interrupción voluntaria del embarazo, la fertilización invitro, la prohibición de la esterilización forzada y la violencia obstétrica, así como la protección a la maternidad y acceso a métodos anticonceptivos⁵⁸.

90. La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas, establece que se violenta a la mujer en esta etapa de su vida, con el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

91. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en la Recomendación General 21 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”; 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”⁵⁹.

92. Ambos derechos (Derecho a la información y al libre consentimiento informado), se encuentran estrechamente relacionados, ya que la satisfacción del primero, garantiza el ejercicio efectivo del segundo. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en su artículo 6° dispone, que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”

93. Este Organismo Constitucional tiene presente, que el derecho a la protección de la salud está condicionado al cumplimiento de diversos elementos como el derecho a la información, mismo que “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”⁶⁰. En este sentido la Corte Interamericana precisó, que un “aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información”⁶¹.

94. Sobre el particular la Comisión Interamericana asegura que los Estados deben “eliminar los estereotipos de género tales como las restricciones al acceso a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de la autorización del esposo, o compañero, padres o autoridades de salud, por su estado civil o por su condición de mujer”⁶².

95. En el ámbito nacional, la Carta de los derechos del paciente publicada en la página de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), contiene el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, mientras que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en los artículos 29 y 30 dispone que el paciente tiene el derecho “a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”. Así, el numeral 4 de la Carta de los Derechos de los Pacientes, establece que el

⁵⁸ Vademécum de Derechos Humanos, Editorial Titant lo Blanch, página 147.

⁵⁹ Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Caso A.S vs Hungría, comunicación No. 4/2004, párr. 11.3.

⁶⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General 14, 11 de agosto de 2000. Párrafo. 11.

⁶¹ Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

⁶² Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 93.

“paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido”⁶³.

96. La NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar”, define al consentimiento informado como la “decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento” y comprensión de la información pertinente y sin presiones. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha sostenido que el consentimiento informado constituye “una expresión fundamental de la relación médico-paciente comprensiva, en tanto exista el respeto irrestricto a la autonomía y a la responsabilidad de ofrecer información completa por parte del médico al paciente”. “Las autoridades estatales tienen la obligación de garantizar el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos”⁶⁴.

97. Es necesario que en la relación médico-paciente y con quienes intervienen en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, la mujer embarazada pueda consultar las inquietudes inherentes al proceso que está experimentando, mientras que el personal médico deberá proporcionarle información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios, en un lenguaje comprensible y en su idioma, y en un ambiente libre de presiones y coerción, de manera que le sea posible ejercer el derecho a dar su consentimiento informado.

98. El consentimiento informado es un derecho humano que se vulnera cuando es subestimada la opinión de la mujer respecto a su salud, lo que anula su capacidad de decidir respecto de los procedimientos a realizar.

99. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado se logra a lo largo de un “proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento (...) se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que [quien lo otorga] reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento [que se va a consentir], [cuando] esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeto a ningún tipo de discriminación, amenazas ni presiones”⁶⁵.

100. El “médico tiene la obligación moral de escuchar con atención, paciencia y comprensión todo lo que el paciente y sus familiares quieran decirle, y a su vez explicarles con claridad y en lenguaje sencillo, tantas veces como sea necesario, todo lo concerniente a su enfermedad y su pronóstico, evolución y tratamiento (...) no hacerlo es una falta grave de ética médica, porque interfiere con el establecimiento y la conservación de una relación médico-paciente constructiva y positiva”⁶⁶.

101. El cumplimiento de este derecho obliga al personal médico a comunicar a la mujer embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto y a obtener su autorización expresa e informada, esto con la finalidad de evitar que se lleven a cabo los servicios obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, los cuales pueden llegar a ser innecesarios y peligrosos. La ausencia de información, provoca confusión y ansiedad a la mujer, incluidos sus familiares.

102. El cumplimiento de este derecho obliga al personal médico a comunicar a la mujer embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto y a obtener su autorización expresa e informada, esto con la finalidad de evitar que se lleven a cabo los servicios obstétricos de

⁶³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”. Numeral 4. Enlace: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

⁶⁴ CNDH. Recomendación 31/2016, párrafos 24 y 35.

⁶⁵ Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana, Londres, 2012. Página 317.

⁶⁶ Pérez Tamayo, Ruy. “Ética médica, salud y protección social”. Trabajo presentado en el marco de la Conferencia Magistral Miguel E. Bustamante, durante el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, celebrado en las Instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, del 2 al 4 de marzo de 2005. Publicada en Salud pública en México. Volumen 47, número 3, mayo-junio 2005. Páginas 247, 248 y 250.

forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, los cuales pueden llegar a ser innecesarios y peligrosos. La ausencia de información, provoca confusión y ansiedad a la mujer, incluidos sus familiares.

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

104. De igual forma, para este Organismo Autónomo, 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 y los usuarias/os. Por lo anterior, 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 sea respetada su decisión”.

105. En comparecencia recabada el 03 de marzo de 2017, **VD** manifestó al personal de esta Comisión: “Quiero señalar que cuando di a luz, me dijeron que debido a la fuerte hemorragia que presenté y por balón de Bakri que (me) pusieron, no me iban a colocar el dispositivo para prevenir embarazo, ya que debido a eso yo me debía cuidar por lo menos 6 años de no embarazarme. Pero cuando acudo nuevamente al Hospital de la Mujer, que es cuando me sacaron las gasas, cuando me hacen el ultrasonido, me dicen que traigo puesto el dispositivo; pero como yo no sabía, a mí ahí mismo ya me habían puesto la inyección...”⁶⁷

106. Del expediente clínico de **VD**, no se advierte que la paciente haya suscrito alguna hoja de consentimiento informado de método de planificación familiar, ya sea temporal o definitivo, siendo que la única constancia que obra al respecto, es la suscrita el 23 de febrero de 2017⁶⁸, es decir, 50 días después del evento obstétrico.

107. Se hace necesario evidenciar algunas inconsistencias en el ejercicio del derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción de **VD**, pues ella afirma que, de manera verbal, quedó informada que no le sería colocado ningún método de planificación familiar, debido a la fuerte hemorragia que presentó y por la colocación del balón de Bakri, lo que se corrobora si se atiende al punto 11, de la nota de evolución suscrita por la **DRA. ROBLEDO MAGYO y R1 LOVERA**, el 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, en donde se asentó “MPF: No se coloca por hemorragia obstétrica”. Luego, en la nota de alta y contrarreferencia, suscrita por el Doctor **ROBERTO REYES GARCÍA**, se afirma que **VD** no aceptó método de planificación familiar “MPF NO ACEPTA”.

108. Ahora bien, obran documentos en el expediente clínico de **VD**, con los cuales se acredita que, contrario a lo anteriormente citado, a la paciente sí se le colocó un método de planificación familiar, pues como ella lo afirma, fue informada de la presencia del dispositivo intrauterino, hasta después del evento ocurrido el 23 de febrero de 2017, cuando llegó de nueva cuenta a las instalaciones del Hospital de la Mujer Zacatecana, tras haber sido canalizada por la clínica que localizó el textiloma, fecha en la cual se ordenó que al día siguiente (24 de febrero), se realizara un ultrasonido pélvico⁶⁹.

109. Por otra parte, también obra en el expediente clínico, una nota de alta y contrarreferencia, suscrita el 24 de febrero de 2017, por la Gineco Obstetra Doctora **GARZA (MBGYO)** y el médico residente **R2 GYO RODRÍGUEZ**, de donde se desprende “SE REALIZÓ USG PÉLVICO... CON DIU⁷⁰ IN SITU⁷¹...”. Misma inscripción médica que se asentó en la nota de evolución, suscrita por **MAGYO y R1GYO VILLALPANDO**, el 25 de febrero de 2016 (sic), pues se advierte “USG: Útero en involución normal, con DIU *in situ*...”.

⁶⁷ Foja 13 del expediente de queja.

⁶⁸ Foja 86 del expediente de queja

⁶⁹ Foja 75 vuelta

⁷⁰ Dispositivo Intrauterino

⁷¹ Expresión latina que significa “en el sitio” o “en el lugar”

110. Ahora bien, esta Comisión no soslaya la existencia de una hoja de autorización voluntaria de anticoncepción temporal, suscrita por la agraviada **VD** el 23 de febrero de 2017, es decir, el mismo día en que llagó al Hospital de la Mujer Zacatecana, luego de que le extrajeran el textiloma en la clínica del Programa AMEDIF, cuyo contenido es el siguiente: *“...la que suscribe VD. Solicita y autoriza al personal de los Servicios de Salud de Zacatecas para que me aplique el Dispositivo Intrauterino...”*. En ese mismo documento, existe un contenido manuscrito, entre lineado, en el que se asentó: *“Se le brinda información consejería en MPF, se le oferta el USO de Iny. bimensual por antecedente de cervicovaginitis acepta su aplicación, y se cita en 2 meses a C. Ext. para valorar implante subd...”*.

111. Sin embargo, ese documento en el cual la paciente **VD**, víctima en la presente Recomendación, acepta un método de planificación temporal, como lo es la inyección bimensual, no desvirtúa el hecho de que, el personal del Hospital de la Mujer Zacatecana, introdujo, entre el 05 y 07 enero de 2017, sin autorización, y sin hacer del conocimiento de la colocación, un Dispositivo Intrauterino, que la propia paciente ignoraba se encontraba en su cavidad intrauterina; pues, no fue sino hasta el día 24 de febrero de 2017, incluso posterior a que le fuera aplicado un segundo método de planificación familiar (como lo fue la inyección), que supo de la existencia del DIU.

112. De acuerdo con lo establecido por la médica que auxilió a este Organismo Estatal, Doctora **MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ VENEGAS**, en el expediente clínico de **VD**, no se encuentran notas médicas donde se describa el procedimiento de colocación del DIU (dispositivo intrauterino), por lo cual, la falta de la nota de procedimiento aplicación DIU, es un hecho que trasgrede lo establecido en el artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud, el cual contiene los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social, entre los que se encuentra: otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos; así como el numeral 5, de la Carta de los Derechos de los Pacientes, publicado por la Secretaría de Salud el 11 de febrero de 2016, donde se reconoce que el paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo.

113. Atendiendo a los elementos anteriores, es claro que el DIU (dispositivo intrauterino), le fue colocado a **VD** durante la estadía en el Hospital de la Mujer Zacatecana, cuyo ingreso fue el 05 de enero de 2017 y egreso del 07 del mes y año en cita, sin información al respecto ni consentimiento previo; además de no haber quedado estipulado en ningún documento, del expediente clínico, la colocación del mismo. Esta situación contraviene lo dispuesto por la NOM-005-SSA2-1993, “De los servicios de planificación familiar”, la cual indica que el consentimiento informado de algún método de planificación familiar, “es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.” Asimismo, menciona que debe proporcionarse a mujeres y hombres información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, “su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo”. “La consejería debe tomar en cuenta en todo momento que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial”. Los consejeros, al proporcionar la información sobre planificación deben tomar en cuenta los elementos del “entorno sociocultural y familiar y saber transmitir la información en forma clara y accesible”.

VI. CONCLUSIONES DEL CASO.

1. Esta Comisión rechaza la vulneración de los derechos humanos de las mujeres, derivadas de la violencia obstétrica, ya que con ella se provocan graves atentados contra su salud y dignidad. En el caso específico, la agraviada experimentó una violación a su derecho a gozar del más alto nivel posible de salud durante el puerperio, así como al derecho a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia

obstétrica, por falta de consentimiento informado en servicios de anticoncepción, impidiéndose así el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

2. En el caso de la agraviada **VD**, la **DRA. ROBLEDO MAGYO** y **R1 LOVERA**, personal de salud que, el 05 de enero de 2017, a las 09:45 horas, atendió la hemorragia post-parto, obstaculizaron el pleno goce del derecho a la salud, al omitir la cuantificación exhaustiva de las gasas introducidas durante el procedimiento quirúrgico, lo que llevó a que no se cercioraran de la cantidad de textiles extraídos, dejando en la cavidad uterina 8 gasas, con lo que se evidencia la omisión de tomar en cuenta factores de riesgo que comprometieron la salud de la quejosa.

3. Asimismo, queda acreditado que, el personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, fue omiso en informar a la paciente y en obtener su consentimiento para la colocación del DIU; el cual le fue detectado, dentro de su cuerpo, 50 días después del parto, aun y cuando se le informó que, debido a la grave hemorragia, no se le colocaría ningún método anticonceptivo.

4. Esta Comisión considera apremiante la adopción de una política pública que permita garantizar la no repetición de las violaciones a los derechos humanos de las mujeres, de forma que se les brinde un servicio médico de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente, que no ponga en riesgo su salud.

5. La Comisión reitera la importancia de aplicar las normas y lineamientos existentes en materia de atención al embarazo, parto y puerperio. Por lo cual, es urgente implementar programas de capacitación hacia su personal médico, de enfermería y administrativo, de forma que éstos los apliquen de manera puntual.

VII. REPARACIONES.

1. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con el artículo 51 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, atribuibles a servidores públicos estatales, de la Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas, la Recomendación formulada al respecto, debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos.

2. Así, en un respeto irrestricto del Estado de Derecho, las personas gozarán de la garantía de que, en caso de ser objeto de violación a sus derechos humanos, podrán reclamar que el o los responsables de dicha vulneración sean sancionados, pues el Estado tiene la posición de garante de sus derechos y por lo tanto; según lo ha dispuesto la Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Las víctimas de violación a los derechos humanos o sus familiares, tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido. Lo cual debe concretarse a través de medidas individuales tendientes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior deriva tanto del régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismos internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido”⁷².

3. El deber de reparación por violaciones a los derechos humanos, a nivel internacional lo encontramos dispuesto tanto en el sistema universal como regional de protección a los derechos humanos. En el ámbito universal, se encuentra previsto en los “*Principios y directrices básicos sobre el derecho a las víctimas de violaciones manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves al derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*”, adoptada por la Asamblea

⁷²Tesis P/LXII/2010, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, novena Época, t XXXIII, enero de 2011, pág. 28

General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, donde se dispone que las violaciones de derechos humanos deben contemplar, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de ésta, una reparación plena y efectiva en las formas siguientes: indemnización, restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, lo cual a su vez es también contemplado por la Ley General de Víctimas, en sus artículos 1, último párrafo, 7, fracción I y II, y particularmente en el texto legal del artículo 26, que establece que *“Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición”*, además por lo previsto en el artículo 27 del mismo ordenamiento legal. Por ello, resulta particularmente importante la ejecución de las medidas de reparación por parte del Estado, dirigidas a la no repetición en Zacatecas de hechos similares a los ocurridos en el presente caso.

4. En el sistema regional, la Convención Americana de Derechos Humanos, en su artículo 63.1 establece que:

“Cuando decida que hubo violación a un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá, asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que se ha configurado la violación a estos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

5. Por su parte, La CrIDH, ha establecido que *“Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza y su monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial”*⁷³.

6. Este doble alcance de la norma reparatoria, ha incidido cada vez con mayor frecuencia en el desarrollo de la jurisprudencia de la CrIDH, dando lugar a una arquitectura reparatoria que tendrá como objetivo, no sólo borrar las huellas que en la víctima produjo el actuar del Estado, sino también evitar que ese tipo de hechos se vuelvan a repetir.⁷⁴

7. Por lo que hace a este derecho, el artículo 51 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, dispone que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, la Resolución formulada al respecto debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos.

Modalidades de la reparación del daño. La reparación del daño comprende diversas modalidades en las que se puede materializar:

A) La restitución.

1. Los principios sobre derecho a obtener reparación, contemplan a la restitución, siempre que haya las condiciones para que ésta sea posible, la cual ha de devolver a la víctima la situación anterior a la vulneración a sus derechos humanos⁷⁵. En el mismo sentido, el Tribunal Interamericano ha señalado reiteradamente en su jurisprudencia que la reparación del daño causado requiere, en todos los casos posibles, la plena restitución; *restitutio in integrum*, que significa el restablecimiento de la situación anterior a la violación.⁷⁶

⁷³Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144, Párr. 175.

⁷⁴ Rousset Siri, Andrés Javier (2011): *El Concepto de reparación integral en la Jurisprudencia Interamericana de Derechos humanos*. Revista Internacional de Derechos Humanos / ISSN 2250-5210 / 2011 Año I – N1 59 www.revistaidh.org

⁷⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs Paraguay, Sentencia 17 de junio de 2005 Serie C, No. 125, párr. 189.

⁷⁶ Ídem, párr. 182

2. El concepto de restitución debe ser tomado en consideración por las autoridades responsables, para que **VD**, persona de quien concretamente se tiene por demostrada violación a sus derechos humanos, en los términos expuestos en la presente resolución, sea restituida en sus derechos conculcados, en tanto que esto resulte factible.

B) De la indemnización.

1. La indemnización es una medida compensatoria que busca reparar los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de las violaciones a derechos humanos, entre los que se incluyen: el daño físico o mental; la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; los perjuicios morales; los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos, psicológicos y sociales⁷⁷.

2. En el caso motivo de esta Recomendación, es procedente el pago de una indemnización, tanto por los daños físicos y emocionales que se le causaron a la agraviada.

3. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 26, 27, 40, 41, 42, 54, 58, 59 y demás aplicables de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, y toda vez que se acreditaron violaciones al derecho a gozar del más alto nivel posible de salud durante el puerperio, así como al derecho a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica, por falta de consentimiento informado en servicios de anticoncepción, cometidos en agravio de **VD**, este Organismo solicita a la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas del Estado, realice la inscripción de ésta en el Registro Estatal de Víctimas y, de resultar procedente, conforme los lineamientos en cita, acceda a los servicios y al Fondo de Atención previsto en dicha Ley.

C) Rehabilitación.

1. La rehabilitación debe incluir la atención médica y psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales⁷⁸, que resulten necesarios. En el caso que nos ocupa, la rehabilitación se refiere a la adquisición de las nuevas competencias que requieren las circunstancias actuales en que se entren las víctimas, como consecuencia de la lesión de la que ha sido objeto, siempre y cuando se haya materializado esta situación.

2. La rehabilitación debe tomar en cuenta el tratamiento médico y psicológico, en caso de que **VD** así lo requiera y consienta. Por ende, se recomienda que **VD** sea valorada médica y psicológicamente, a fin de determinar la atención específica que ésta requiera, y en caso de que se cuente con el consentimiento de la víctima, aplicar los tratamientos de rehabilitación que ésta requiera; lo anterior, a cargo de las autoridades responsables.

D) De las medidas de satisfacción.

1. Estas medidas contemplan la verificación de los hechos y la relevación de la verdad, así como aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a las y los responsables de las violaciones⁷⁹. Por lo anterior, se requiere que la Secretaría de Salud de Zacatecas proceda a realizar a la investigación administrativa que corresponda, a fin de determinar la responsabilidad y sanciones específicas del personal de salud (médico y de enfermería) que vulneró los derechos humanos de la agraviada.

E. Garantías de no repetición.

⁷⁷ Numeral 20 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, Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 2005.

⁷⁸ ONU, 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, A/RES/60/147, 21 de marzo de 2006, párr. 21.

⁷⁹ *Ibid.*, Numeral 22.

1. A fin de prevenir la violación de los derechos mencionados en párrafos precedentes, resulta indispensable que la Secretaría de Salud de Zacatecas diseñe e implemente un mecanismo de formación y actualización continua en materia de atención de emergencias obstétricas, a fin de que ésta sea oportuna, eficaz y de calidad.
2. Se implementen programas de capacitación, dirigido a personal médico y de enfermería, en materia de derechos humanos con perspectiva de género, que les permita identificar las acciones u omisiones que generan violencia obstétrica, a fin de incidir en la erradicación de ésta.

VIII. RECOMENDACIONES.

Por lo anterior, y con fundamento en los 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los artículos 2, 3, 4, 8, 17, 37, 51, 53, 54, 56, 57 y 58 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas se emiten las siguientes Recomendaciones:

PRIMERA. Dentro del plazo máximo de un mes, contado a partir de la notificación de la presente Recomendación, se inscriba a **VD** como víctima directa de violaciones a sus derechos humanos, en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de garantizar que, en un plazo máximo de un año, tenga acceso oportuno y efectivo a las medidas de ayuda, asistencia, atención, acceso a la justicia y reparación integral previstas en la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas. Mismas que deberán considerar los parámetros establecidos en la presente Recomendación. Para lo cual, se deberán enviar a este Organismo, las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En un plazo máximo de un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se valore y determine si la agraviada requiere de atención médica y psicológica especializada, relacionada con el proceso y sucesos ocurridos con motivo de los hechos objeto de estudio en la presente Recomendación. De ser el caso, en un plazo de un mes, posteriores a la realización de dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias para que, de ser voluntad de la agraviada, ésta inicie su tratamiento, hasta lograr su total restablecimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a un mes, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen las acciones necesarias para que se inicien las investigaciones administrativas, con el fin de que se determinen las responsabilidades de las y los servidores públicos implicados en el presente caso.

CUARTA. Dentro de un plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se emita una circular dirigida a todo el personal médico y de enfermería, para que se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que, los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, en especial a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico". Para acreditar el cumplimiento de este punto, se enviarán a esta Comisión el documento y las notificaciones correspondientes.

QUINTA. Dentro de un plazo máximo seis meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se capacite, forme y actualice, al personal médico y de enfermería del Hospital de la Mujer Zacatecana, en temas relativos a: 1) atención de emergencias obstétricas, así como en derechos humanos de las mujeres, relacionados con su derecho al más alto nivel posible de salud durante el embarazo, parto y puerperio. 2) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y violencia obstétrica y 3) sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer relativas al presente caso, los que deberán ser impartidos por personal especializado, así como los indicadores de

gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Dentro de un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se implemente una campaña de sensibilización, dirigida al personal médico y de enfermería, así como de las usuarias, sobre los actos y omisiones que se configuran como violencia obstétrica, destacando el derecho de éstas últimas a recibir una atención digna, respetuosa, oportuna y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, así como el derecho que les asiste a recibir información sobre los métodos de planificación familiar y decidir sobre cuál método emplear.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 53, párrafo segundo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, se hace del conocimiento de la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación, que dispone de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se le notifique, para que manifieste si la acepta o no, en el entendido de que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispone de un plazo de 15 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento.

Por último, hágasele saber a la quejosa que, de conformidad con el artículo 61 de la Ley de este Organismo, dispone de 30 días naturales, computados a partir de la fecha de notificación del presente documento, para que en caso de que exista inconformidad con la misma, interponga el recurso de impugnación correspondiente ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Así lo determina y firma

**DRA. EN D. MA. DE LA LUZ DOMÍNGUEZ CAMPOS
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE ZACATECAS**