

Expediente: CDHEZ/479/2017

Persona quejosa: VD

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.

Zacatecas, Zacatecas, a 07 de septiembre de 2020, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente CDHEZ/479/2017, 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 12/2020** 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 14 de noviembre de 2017, **VD** presentó, de conformidad con los artículos 30, 31 y 32 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, 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 la misma.

Por razón de turno, el 15 de noviembre 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 16 de noviembre de 2017, se determinó calificar los hechos como presuntas violaciones al derecho las mujeres a una vida libre de violencia y derecho a la salud, de conformidad con lo establecido por el artículo 56, fracción I, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.

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

Refiere la agraviada **VD** que, el 4 de octubre de 2017, acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas, para atención de su parto, en donde, tras realizarle un ultrasonido le dicen que el nivel de líquido es bajo y la dejan hospitalizada y alrededor de las 20:35 horas le aplican oxitocina para provocarle dolores de parto. A las 21:30 horas se le revienta la fuente, pero sigue sin avanzar la dilatación. Refiere que a las 5:00 horas, le aplican anestesia y a las 6:40 horas la pasan a la sala de labor, en donde una doctora se le subió a la panza para empujar, la rotan y nace su niña a las 6:50 horas, le informa la doctora que le tienen que poner puntos por la episiotomía más los puntos del desgarro; por lo que de las 6:50 a las 9:00 horas la residente trató de cerrar la herida cociéndola y descociéndola alrededor de tres veces, para después mandarla a recuperación.

Afirmó que fue dada de alta el 08 de octubre de 2017, pero que el 16 de octubre se le reventó un punto, por lo cual tuvo que acudir de nueva cuenta al Hospital de la Mujer Zacatecana, en donde le informaron que lo que no habían suturado, estaba mal cicatrizado. Por lo cual, el 17 de octubre, la pasan a quirófano para volver a suturarla.

Finalmente, el 22 de octubre, alrededor de las 20:30 horas, acudió al Hospital San Agustín, en virtud de que tenía escalofríos, dolor y estreñimiento. Nosocomio en donde le aplicaron enemas de fosfatos y le dieron vista a un ginecólogo, quien la diagnosticó con problemas proctológicos, canalizándola con un especialista y, el 23 de octubre la ingresan al quirófano para evaluar la situación, y realizar un lavado mecánico por parte del ginecólogo, así como una evaluación de colon y recto por parte del proctólogo. Mencionó que se retiró el tejido infectado e inflamado y se optó por realizar el cierre mediante una segunda intervención de la episiotomía.

3. El 12 de diciembre de 2017 el Doctor **SP24**, 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.

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 de los servidores públicos señalados como responsables, este Organismo realizó entrevistas a las personas relacionadas con los hechos; se recabaron las comparecencias de personal adscrito al Hospital de la Mujer Zacatecana, así como de personal del Hospital General de Zacatecas; se solicitaron informes de autoridad e

informes en vía de colaboración, y se consultó dictamen pericial médico, expediente médico, así como legajo de investigación relacionado con los hechos.

V. PRUEBAS.

Con base en lo estipulado en los artículos 48 y 49 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con los numerales 64 y 65 del Reglamento Interior de este Organismo, durante el procedimiento realizado por esta Institución se recabaron los elementos probatorios documentales, remitidos por la autoridad señalada como responsable, así como las colaboraciones necesarias para emitir la resolución correspondiente.

VI. 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.

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

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.

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.

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, posnatal 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.

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

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”.

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 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 debe estar capacitado 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 vulneró el derecho a la salud de **VD**, en relación con disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el **puerperio**.

18. Lo anterior es así, pues la quejosa refirió que el 4 de octubre de 2017, acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas, para atención de su parto, a las 6:40 horas, del día siguiente, la pasan a la sala de labor, en donde una doctora se le subió a la panza para empujar, la rotan y nace su niña a las 6:50 horas, le informa la doctora que le tienen que poner puntos por la episiotomía más los puntos del desgarró; por lo que de las 6:50 a las

¹⁰Ibíd., págs. 11 y 12.

9:00 horas la residente trató de cerrar la herida cociéndola y descociéndola alrededor de tres veces, para después mandarla a recuperación.

19. Una vez que fue dada de alta, el 16 de octubre de 2017, encontrándose en su domicilio, se le reventó un punto, por lo cual tuvo que acudir de nueva cuenta al Hospital de la Mujer Zacatecana, en donde le informaron que lo que no habían suturado, estaba mal cicatrizado. Por lo cual, el 17 de octubre de 2017, la pasan a quirófano para volver a suturarla.

20. Agregó que el 22 de octubre de 2017, alrededor de las 20:30 horas, acudió al Hospital San Agustín, en virtud de que tenía escalofríos, dolor y estreñimiento. Nosocomio en donde diagnosticaron que su problema era proctológico, por lo cual fue canalizada con un especialista y, el 23 de octubre de 2017 la ingresaron al quirófano para evaluar la situación, realizaron un lavado mecánico por parte del ginecólogo, así como una evaluación de colon y recto por parte del proctólogo. Mencionó que se retiró el tejido infectado e inflamado y se optó por realizar el cierre mediante una segunda intervención de la episiotomía.

21. El dicho de la quejosa fue corroborado por las personas a quienes les consta lo acontecido, por ser su marido, su madre y su abuela materna, en donde el primero de los enunciadados, **T2**, afirmó que su esposa **VD**, le platicó que al momento en que la suturaron estaba solo una persona de sexo femenino con ella, y que escuchó comentarios de que no podía suturarla y que intentó, pero no podía.

22. También señaló que el lunes 16 de octubre de 2017 tenían cita de control, pero que al entrar al baño **VD** sintió que se le reventó un punto, por lo que acudieron a la revisión en el Hospital de la Mujer. El testigo entró hasta donde tenían a su esposa, y una doctora le explicó que la iban a dejar un ratito, para suturarla con anestesia local y ese mismo día la darían de alta, todo esto en el área de urgencias. Asimismo, refirió que, después de aproximadamente una hora, la misma doctora le informa que su esposa estaba mal suturada, ya que únicamente se suturó por fuera, de forma externa, y todo lo que está en la parte interna de la vagina y el recto no estaba suturado. Por lo cual le reclamó a la doctora por haber dado un diagnóstico sin haberla revisado completamente. De igual manera, manifestó que entre las 18:30 o 19:00 horas, le avisaron que su esposa se encontraba ya en encamado pero que no le podían hacer la cirugía porque no había anestesiólogo. Pero que cuando volvió a la visita de la tarde, de 16:00 a 17:00 horas, le informaron que ya le habían hecho el procedimiento de resuturación.

23. Refirió el testigo que, el sábado 21 de octubre de 2017, **VD** le dijo que no tenía apetito y que no podía evacuar, que la última vez que evacuó fue el miércoles 18 de octubre de 2017. Ese mismo sábado, por la tarde, comenzó con ganas de evacuar, acudiendo al sanitario a las 17:00 horas, sin poder hacerlo; por lo que para las 18:30 o 19:00 horas, ya no se podía mover del baño, ya que temblaba, y tenía escalofríos. Así, decidió trasladarla al hospital San Agustín, en donde fue atendida por el área de ginecología y proctología, por el doctor **DR1** y, el domingo 22 de octubre de 2017 pasó a quirófano con todos los estudios de laboratorio y de Rayos X, en donde hicieron el cierre por tercera ocasión. Manifestó que, al salir los médicos (coloproctólogo y ginecólogo), le informaron que habían hecho lavado mecánico, quitado y retirado tejido inflamado e infectado y habían hecho la revisión para descartar afectación en intestino, así como que se arriesgaron a hacer el cierre con una sutura más resistente, porque esos pacientes se dejan sin sutura hasta que desínflame.

24. Por su parte la testigo **T1**, mamá de **VD**, refirió que su hija le comentó que la habían "cortado" para que la niña tuviera más espacio. Recordó que vio a su hija muy lastimada, en virtud de que la suturaron mal, que uno de los puntos se le quiso infectar y tuvo fiebre, por lo cual la tuvieron que internar en el "Hospital General" (sic), en donde le volvieron a coser; pero, como no evolucionó, y le perjudicaron el esfínter, la tuvieron que llevar al Hospital San Agustín, en donde fue atendida por un ginecólogo y un urólogo (sic). Permaneciendo en ese nosocomio de 2 a 3 días, y gracias a esa intervención su hija se encuentra bien.

25. Por su parte, **T3**, abuela materna de **VD**, dijo ser testigo de que el parto de su nieta fue el 05 de octubre de 2017, en el Hospital de la Mujer Zacatecana, lugar en el que también permaneció debido a los problemas de salud, por la fiebre alta. Que el esposo de su nieta tuvo que sacarla en brazos porque no podía hacer del baño, por lo que permaneció más días internada. Que después se volvió a poner más mala, la llevó al hospital San Agustín, ahí la internaron tres o cuatro días, en donde la volvieron a intervenir ya que la habían dejado muy mal en el Hospital de la Mujer. También infirió la testigo en mención, que su nieta le comentó que el doctor del Hospital San Agustín, le dijo que le habían dejado un problema serio y que lo tenía que atender pronto, porque le podían traer consecuencias y que tenía que ir a Torreón a atenderse.

26. En contraste con lo anterior, el 12 de diciembre de 2017, se recibió el informe de autoridad, suscrito por el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, quien afirmó que el 04 de octubre de 2017, ingresó **VD** a sala de labor para vigilancia estrecha del binomio (producto-madre), se inició conducción del trabajo de parto con oxitocina, le fue aplicada en forma oportuna analgesia obstétrica con evolución favorable del trabajo de parto, por lo cual a las 6:40 horas, del día siguiente 05 de octubre, pasó a sala de expulsivo y a las 6:55 horas se obtiene por vía vaginal producto único vivo del sexo femenino. Que se realizó reparación de episiotomía media lateral y reparación de desgarre parcial de esfínter anal, sin incidentes.

27. Afirmó el servidor público que el 16 de octubre regresó la paciente **VD** al servicio de valoración, por referir que se le reventó un punto de la episiotomía, por lo cual fue valorada y se encontró dehiscencia parcial de la episiotomía que solo afecta piel y tejido subcutáneo de 2.5 centímetros, sin afectar esfínter del ano, por lo cual fue ingresada a sala de labor para iniciar con mono terapia antimicrobiana y valoración para el cierre de la dehiscencia, posteriormente al lavado quirúrgico.

28. Que cuando se encontraba en sala de labor, fue revalorada por el médico de turno quien decide agregar segundo antibiótico y esperar la impregnación con ambos antibióticos, vigilancia de la temperatura para posteriormente realizar lavado quirúrgico mecánico y probable cierre de la herida bajo anestesia, por lo que pasó a piso de ginecología. Por lo que, al 17 de octubre, al contar ya con protocolo pre quirúrgico completo, se decidió pasar a quirófano para realizar lavado quirúrgico mecánico y cierre de episiorrafia con reaproximación de cabos de esfínter elevador del ano, lo cual, infiere, se realizó bajo sedación más anestesia local, sin incidentes, por lo que se egresa a la paciente el 18 de octubre.

29. Este Organismo no soslaya que el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, agregó a su informe de autoridad un dictamen técnico médico, del que se infiere, en síntesis, que **VD** no fue discriminada en el Hospital de la Mujer Zacatecana, además que tuvo disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención a los servicios de salud, en las dos ocasiones que acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana.

30. Además, advirtió que la complicación que presentó la paciente "dehiscencia de la episiorrafia" esta descrita en la literatura médica y se presenta entre el 0.1 a 2.1% de los partos, pues existen factores de riesgos predisponentes tales como la infección bacteriana de la piel, virus del papiloma humano, la hemorragia excesiva, formación de hematomas, y otros factores asociados previos al periodo expulsivo: la misma episiotomía de rutina, nuliparidad, inducción de trabajo de parto trauma perineal (periodo expulsivo prolongado), trabajo de parto prolongado con múltiples exploraciones vaginales, factores que afirma estuvieron presentes en la paciente **VD**.

31. También mencionó en su informe de autoridad, que el manejo de la complicación de la episiotomía que presentó **VD**, fue con apego a la guía de práctica clínica "prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada", y que en ambos egresos se le otorgaron los datos de alarma y tratamiento ambulatorio a base de antibióticos, analgésicos y laxantes como lo indica la guía de práctica clínica, por lo que, al no poder evacuar, decidió acudir a recibir atención médica privada, bajo su propia decisión y responsabilidad, asumiendo los

costos de la atención, ya que ella contaba con una cita programada de seguimiento para el 26 de octubre de ese mismo año (2017) y con cita abierta en caso de presentar datos de alarma mismos.

32. Como informe complementario, el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, comunicó a este Organismo que en la fecha de hospitalización del parto (04 y 05 de octubre de 2017), el personal médico y de enfermería que atendió a **VD**, fueron las enfermeras **SP18**, **SP20** y **SP17**, así como los residentes de Ginecología **SP44** y **SP8**. Y que, por lo que hace a la atención médica que tuvo la quejosa el día 16 de octubre de 2017, fueron las y el enfermero **SP5**, **SP2**, **SP4**, **SP3**, **SP6**, **SP45**, **SP46** y **SP9**; mientras que la y los residentes de Ginecología, fueron **SP8**, **SP7** y **SP22**; quienes terminaron la residencia son **SP47** y **SP27**. Las y los Ginecólogos fueron **SP10**, **SP15**, **SP14**, **SP11**, **SP13** y **SP16**. Finalmente, la anestesióloga **SP12**.

33. Atendiendo a las fechas de atención hospitalaria, se atenderá primero a la fecha del parto, acontecido el 05 de octubre de 2017, en donde el personal que la atendió expresó lo siguiente: por lo que hace a la Licenciada en Enfermería **SP18**, afirmó que la quejosa **VD** fue ingresada el día 04 de octubre de 2017, en sala de labor y que para las 20:30 horas se le inició con la oxitocina, retirándose la servidora pública a las 21:00 horas del servicio, quedándose la paciente en labor de parto. Luego, personal adscrito a este Organismo preguntó "si la paciente ingresó a las 19:35 horas, ¿porqué se le aplicó la oxitocina a las 20:30 horas? Es decir, menos de una hora de hospitalización. Obteniendo como respuesta que primero es necesario hidratarlas, se les pasa carga de solución harman y de glucosa al 5% y posteriormente se espera la indicación médica de si se deja con solución para vena permeable o se inicia con oxitocina. Por lo cual es indicación médica".

34. La declaración en cita, resulta coincidente con la rendida el 05 de noviembre de 2018, ante la Licenciada **SP43**, Agente del Ministerio Público adscrita a la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, en donde precisó que ingresó a laborar a las 14:00 horas, y que **VD** ya se encontraba en el área de labor de parto, por lo que tomó signos vitales y realizó las indicaciones médicas, además refirió no recordar, a la aquí quejosa, físicamente ya que ven en un turno más de 15 pacientes o en ocasiones menos, y que para su hora de salida, 21:00 horas, la paciente se quedó en labor de parto.

35. Respecto de la Licenciada en Enfermería **SP20**, dijo a este Organismo que ella recibió a **VD** en el área de expulsión de tococirugía, el 05 de octubre de 2017, en el horario de la noche, sus funciones fueron posicionarla, circular la personal médico, proporcionar al ginecólogo el material que necesitó durante la expulsión del bebé, como material para la asepsia, la colocación para la sonda, la charola para instrumental, los campos y la ropa quirúrgica, lo mismo para el pediatra que va a recibir al bebé. Que, respecto a su participación, solo le aplicó oxitocina y ergonovina y estar dentro de quirófano apoyando a los médicos con los insumos que necesitan. Finalmente, que su salida laboral fue a las 07:30 horas, por lo que dejó a la paciente en la sala de expulsión. Luego, se le preguntó ¿en qué momento se realizó la episiotomía a la paciente?, y su respuesta fue "debo decir que esto no siempre se realiza, sino que es a consideración del médico y evolución de la paciente que se hace". Respecto a esta servidora pública, no se cuenta con declaración ante la Agencia del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, pese a haber sido citada el 31 de octubre de 2018.

36. Por cuanto hace a la Licenciada en Enfermería **SP17**, dijo ante este Organismo que a ella le tocó recibir a la quejosa el 04 de octubre de 2017, en el área de labor de tococirugía, en donde se realizó la rutina del servicio, que implica acomodarla en su cama, colgarle la solución, abrirla la hoja de enfermería y pasarle sus cargas de solución y esperó indicación médica para aplicarle la oxitocina. Asimismo, que su horario de salida fue a las 20:00 horas.

37. Ante la Licenciada **SP43**, Agente del Ministerio Público adscrita a la Unidad Especializada en Investigación Mixta, expresó el 05 de noviembre de 2018, que el 04 de octubre de 2017, se encontraba trabajando en el área de toco cirugía, en área de labor de parto, en un horario de las 14:00 a las 20:00 horas, ese día, aproximadamente a las 18:40 horas llegó la aquí quejosa al área de labor de parto, embarazada, sin trabajo de parto, al ingresar la servidora pública hizo el registro de su hoja de enfermería, acomodó a la paciente en su cama, le inició cargas de solución glucosada y continuó con su solución Hartmann para mantener vena premiable; empero, concluyó su horario de trabajo a las 20:00 horas, por lo cual se retiró.

38. Por su parte, la entonces residente de Ginecología **SP8**, manifestó ante esta Comisión que, al momento de los hechos, ella se ostentaba como Residente de primer grado de Ginecología y Obstetricia, pero que no recordaba nada, ni a la paciente, por lo que solo viendo las notas pudo confirmar que fue una paciente se le atendió su parto el 05 de octubre de 2017, a las 06:55 horas, que presentó un desgarro de III-B, y se realizó la reparación del desgarro, con un sangrado de 500. Personal adscrito a este Organismo le preguntó si recordaba quién calificó el desgarro y suturó la episiotomía, ante lo cual respondió no recordar. Afirmó haberla atendido también en la segunda ocasión que acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, el 17 de octubre de 2017, por dehiscencia de episiorrafia, por lo que fue recibida en toco, con presencia de herida dehiscente con mal olor y hasta ahí terminó su participación. Respecto a esta servidora pública, no se cuenta con declaración ante la Agencia del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, pese a haber sido citada el 04 de octubre de 2018.

39. Por su parte, el personal médico y de enfermería que atendió a **VD**, el 16 de octubre de 2017, de inicio, la Licenciada en Enfermería **SP5**, argumentó no recordar los hechos, pero al revisar su expediente clínico, decía que la paciente tenía diagnóstico de dehiscencia de herida, ante lo cual, afirmó, solo siguió indicaciones firmadas por el médico. Por lo que hace a **SP2**, afirmó no recordar nada, pero al revisar las hojas de enfermería vio su nombre y que su función fue como enfermera móvil, cubriendo en el área de Ginecología 1, en la sala 2, en donde estaba la aquí quejosa, que su labor fue checar signos vitales, administrar medicamentos, estar pendiente si hay algunos cuidados específicos, en el caso de la quejosa, la administración de antibióticos y estar checando que no aumentara más la infección, siendo todo lo que le tocó hacer, en virtud de que su turno laboral concluyó a las 20:15 horas.

40. Al respecto la Licenciada en Enfermería **SP4**, refirió no recordar el caso en específico, pero al revisar su hoja de enfermería, advierte que atendió a la aquí quejosa el 16 de octubre de 2017, en horario nocturno A, lo que implica que trabajó, lunes, miércoles y viernes, le fue entregada la paciente el turno de la tarde y procedió a tomar signos vitales; además, tenía su doble esquema de antibiótico el cual se le aplicó y empezó con ayuno a partir de las 22:00 horas. Hizo referencia a que imaginaba que la había dejado preparada para quirófano, por dehiscencia de episiorrafia, lo que significa que se le abrió un punto de la episiorrafia y se le iba a hacer su lavado. Por su parte la Enfermera **SP3**, afirmó que el día de los hechos se encontraba en piso, por lo cual recibió a la aquí quejosa, se presentó, tomó sus signos vitales, siguió las indicaciones médicas. Asimismo, precisó haber recibido a la paciente el 17 de octubre con la indicación de aplicar antibiótico, pues había salido del quirófano donde se le realizó una reparación de episiorrafia.

41. **SP6**, señaló que, en 2017, sus guardias eran nocturnas, cubriéndolas martes, jueves y sábados, que se encontraba en piso, adscrita a Ginecología 1, que es el área de encamados, que la quejosa ingresó por valoración y de ahí pasó a toco, que a su área pasó después de todo el procedimiento. Informó no recordar a la paciente, pues su relación con ella fue cumplir los cuidados integrales de enfermería e indicaciones médicas. Por su parte la Enfermera **SP45**, dijo no recordar a la paciente, pero que, en octubre de 2017, se encontraba de guardia en el turno de la mañana, en el área de toco cirugía, por lo que la paciente ingresó a la sala de labor y de esa sala la pasaron a la sala 3, a hacerle su procedimiento que lo es el lavado de la episiorrafia y terminando el lavado la pasan a la sala de recuperación, en donde la servidora pública la recibió y le brindó los cuidados de enfermería.

42. Finalmente, el Enfermero **SP46** manifestó no tener conocimiento de los hechos, toda vez que en las fechas que la quejosa refiere fue su atención dentro del hospital, él se encontraba desempeñando sus labores en el turno de la noche en el área de quirófano por lo que no tuvo contacto con ella. Y la Enfermera **SP9**, apoyada en el expediente clínico, afirmó haberla atendido en ambas fechas (05 y 17 de octubre de 2017). Que, en la primera, la recibió en el área de recuperación. Luego, el 17 de octubre, la atendió en la Sala 3, en donde le reparan la episiotomía, en donde le tocó asistir al médico, se le practicó la reparación, por el punto que se le cayó y la vuelven a suturar y lavar, solo en el punto que se cayó. Concluyó diciendo que su participación consistió en monitorizar signos vitales y, en caso de que el médico indicara algún medicamento, suministrarlo.

43. Por su parte, los residentes de Ginecología, manifestaron: **SP8**, señaló que, al momento de los hechos, ella se ostentaba como residente de primer grado de Ginecología y Obstetricia, pero que no recordaba los hechos ni a la paciente, por lo cual se remitió a las notas médicas en donde constató que fue una paciente atendida el 05 de octubre, a las 06:55 horas, que presentó un desgarro de III-B, se realizó la reparación del desgarro. Y, en la segunda ocasión, el 17 de octubre de 2017, regresó la paciente por dehiscencia de episiorrafia, al recibirla en toco presentaba herida dehiscente con mal olor.

44. **SP7**, señaló haber recibido a la paciente en el área de urgencias, con antecedente de parto y desgarro perineal, grado III-B, en la exploración física pues encontró la dehiscencia de episiorrafia y de desgarro perineal de 2.5 centímetros, por lo cual fue ingresada a toco, se inició con antibiótico y se pasó a manejo en tococirugía. También dijo que en dicha área de urgencias no se encontraba solo, pues estaba con él el Ginecólogo adscrito **SP22**, dijo no recordar a la paciente, pero al remitirse al expediente médico, se percató que él atendió a **VD** el 17 de octubre de 2017, ya que le tocó evolucionarla a las 08:00 horas, es decir, la revisó y continuó con su tratamiento. Luego de que le realizaron el procedimiento de episiorrafia y regresó a la sala donde se encontraba el servidor público, en donde se encargó de que se le siguieran aplicando sus antibióticos y analgésicos.

45. Las y los Ginecólogos que la atendieron fueron **SP10**, quien afirmó no recordar nada, pero al imponerse del expediente médico, advirtió que le pasó visita en una ocasión a la paciente. Por su parte, **SP15**, afirmó haberla atendido el 17 de octubre de 2017, en el área de tococirugía, en donde se le realizó, bajo anestesia, revisión de canal de parto y sitio de episiorrafia, con los hallazgos plasmados en la nota médica y procedimiento también plasmando en la nota médica, así como las indicaciones a la paciente de que debía acudir a revisión con ella, la servidora pública, en una semana, para darle seguimiento.

46. El Ginecólogo **SP14**, expresó haber tenido contacto con la paciente el 07 de octubre de 2017, en el Hospital de la Mujer, en el área de hospitalización, con diagnóstico de puerperio patológico mediato, más desgarro perianal grado 3B, que quiere decir que en el trabajo de parto se desgarró hasta esfínter anal externo en forma parcial más hemorragia obstétrica. Luego, vuelve a tener contacto con la paciente el 08 de octubre, en buenas condiciones generales en espera de que presente evacuación para poder valorar su egreso, y ese mismo día, a las 16:00 horas se da de alta puesto que había evacuado, con cita a valoración en una semana y cita a uroginecología. Que tuvo nuevamente contacto con la paciente el 18 de octubre de 2017, a las 8:00 horas, en el área de hospitalización, con diagnóstico de puerperio patológico tardío más posoperada de revisión de canal vaginal, más aseo quirúrgico, más retiro de material de sutura, más reparación de desgarro perineal 13 con técnica de traslape, las cuales son técnicas para reparar la episiorrafia, más episiorrafia, refiriendo la paciente buen estado general. Afirmando que él solo dio pases de visita y la dio de alta en el posparto, por lo que aseguró no haberla atendido ni en el parto ni en la reparación de la dehiscencia de episiotomía.

47. El citado servidor público rindió su declaración ante la Licenciada **FMP1**, Fiscal del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, el 24 de octubre de 2018, en donde afirmó lo mismo, es decir,

que brindó atención médica a la quejosa **VD**, el 07 de octubre de 2017, a las 08:00 horas, pues le tocó pasar visita, encontró a la paciente con desgarro perineal grado tres-b, más hemorragia obstétrica. Que volvió a tener contacto con la paciente el 08 de octubre, al pasar visita a las 08:00 horas, que una vez que evacuó, egresó a las 16:00 horas, con cita en una semana a su unidad de salud y cita a uro ginecología en 4 semanas por el desgarro que había presentado al momento del parto. Luego, el 18 de ese mes y año, al encontrarse en piso, en el pase de visita, encontró a la aquí quejosa, con diagnósticos de puerperio patológico tardío, ya se encontraba pos operada de revisión de canal vaginal, más aseo quirúrgico, más retiro de material de sutura, más reparación de desgarro perineal de tercer grado, con técnica de traslape, más episiorrafia, en ese momento se encontraba en buen estado general, por lo que dio indicaciones médicas y de cuidados, así como vigilar patrón de evacuaciones, además de solicitarse un ultrasonido pélvico y nuevos laboratorios. Aclaró, que él no participó en ninguno de los eventos quirúrgicos que le fueron practicados, ya que su intervención consistió únicamente en pases de visita para vigilar su evolución.

48. Por su parte, la Ginecóloga **SP11**, arguyó que el 06 de octubre de 2017, la paciente se encontraba en piso posterior a su parto y el residente que pasó a visita con ella, le dijo que se trataba de una paciente en posparto inmediato, que tuvo antecedente de un desgarro perianal 3B, lo que quiere decir que se rompieron las fibras del músculo esfínter anal más del 50% de las fibras, más hemorragia obstétrica, que el desgarro perineal se reparó con técnica habitual. La siguiente vez que la atendió fue el 16 de octubre de 2017, con diagnóstico de puerperio tardío por desgarro perianal, fecha en que la vio en urgencias, en valoración, y que al preguntarle a la paciente si funciona el músculo del esfínter anal, ella respondió que estaba bien, por lo cual ingresó porque se le reventó un punto, la servidora pública la pasó a toco para que se le reparara, al hacerle una exploración, se encontró el útero con buena involución, sin datos de irritación peritoneal, a la exploración vaginal, en exploración vaginal sin dehiscencia lo que quiere decir que en vagina no hay nada abierto, en la región perianal había dehiscencia de 1.5 cm de piel y tejido celular, que les explicó tanto a la paciente, como al esposo de ésta que se le abrió un puntito y que había que volvérselo a suturar, por lo cual se le administró antibiótico y se le tomaron nuevos laboratorios, recordó que el esposo de la quejosa le preguntó cuándo se podía ir de alta y le hizo saber que posiblemente al día siguiente en la mañana.

49. Esta misma servidora pública dijo ante la Licenciada **FMP1**, Fiscal del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, el 19 de octubre de 2018, que el 05 de octubre de 2017, se encontraba pasando visita en el área de puerperios, cuando llegó a su área de trabajo, el médico residente **SP7** le presentó la situación de todos los pacientes que estaban en la sala que a él le correspondía y le mencionó sobre la paciente **VD**, quien tenía ochos horas de haber dado a luz, que tuvo un desgarro perineal de tercer grado al momento de dar a luz y revisaron y se encontraba estable, pero no había evacuado todavía, por lo cual continuaron en espera de sus evacuaciones para poder hacer el alta de la paciente. Afirmó que volvió a ver a **VD** el 16 de octubre de 2017, porque llegó al área de urgencias donde se encontraba la servidora pública y acudió por dehiscencia, se le preguntó si tiene continencia del esfínter anal, ante lo cual refirió la agraviada que sí. Que la interrogó y la aquí quejosa negó datos de infección, negó fiebre y negó cualquier otra sintomatología, pues acudió porque se le abrió la piel y el tejido celular subcutáneo (el tejido graso), por lo que se procedió a revisar el esfínter musculo anal, el cual estaba bien afrontado al igual que la mucosa vaginal, se le hizo una exploración completa, e ingresó consiente, orientada, con su propio pie, sin fiebre, cardio pulmonar sin compromiso, abdomen, blando y depresible, el útero con buena involución, sin datos de irritación peritoneal, a la exploración vaginal, se palpa bien suturada la mucosa vaginal solo dehiscencia de piel y tejido graso del área perineal de aproximadamente 2.5 centímetros, corroboró que no existiera dato de infección. Se le inició antibiótico, se le solicitaron laboratorios pre quirúrgicos, biometría hemática y tiempos de coagulación, previa canalización intravenosa, le informó a la paciente, en presencia de su esposo, que era necesario volver a suturar el tejido, previa anestesia y lavado, ante lo cual el esposo preguntó porqué sucedió eso a **VD**, y se le explicó que es un caso común con las pacientes primíparas (primerizas), y aceptaron la hospitalización.

50. La Ginecóloga **SP13**, dijo al personal de este Organismo que ella revisó a la paciente **VD** a su ingreso, en el área de valoración (urgencias) del Hospital de la Mujer Zacatecana, refiriendo contracciones uterinas, procedió a revisarla, encontrando por medio de ultrasonido que el líquido del bebe ya estaba disminuido, decidiendo su ingreso al área de tococirugía para valorar vía de interrupción del embarazo, por médico tratante de esta área. Que también atendió a la aquí quejosa en su reingreso, el 16 de octubre de 2017, por dehiscencia de episiorrafia, ante lo cual se impregnó con antibióticos previo al lavado quirúrgico el área afectada, por lo cual es pasada a área de piso y al día siguiente le tocó pasarle visita a piso, ya posterior al aseo quirúrgico y reparación de desgarro de tercer grado. El 18 de octubre de 2017 la dio de alta, posterior a evacuación y corroborando condiciones adecuadas; se citó a consulta externa con la doctora **SP15** en una semana y posteriormente en un mes al servicio de uriginecología, así mismo se dan cita abierta a urgencias en caso de presentar cualquiera de los datos de alarma.

51. Esta misma servidora pública dijo el 19 de octubre de 2018, ante la Licenciada **FMP1**, Fiscal del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, que hacía un año atrás, me encontraba trabajando, y junto con ella los residentes **SP22**, el cual nada más pasó visita a piso, y **SP47**, por la tarde llegó al área de urgencias del Hospital de la Mujer Zacatecana, **VD**, la ingresó y la valoró por presentar trabajo de parto, mediante un ultrasonido observó la cantidad de líquido amniótico disminuido, realizando tacto por vía vaginal, contando un centímetro de dilatación, por lo cual se decidió su ingreso al área de toco cirugía para monitorización y vigilancia de su trabajo de parto, por la disminución del líquido amniótico. Precisó que su función en urgencias, fue valorar a la paciente y decidió hospitalizarla, sin recordar quiénes fueron los médicos que la atendieron. Luego, la volvió a atender cuando regresó con la dehiscencia de episiorrafia, por lo que le tocó atenderla en la cirugía para lavado de la herida, pero por falta de tiempo en quirófano, se difirió el procedimiento, además de que no se encontraba impregnada con antibiótico, al día siguiente solo le paso visita en piso, ya posterior al lavado y cierre de la herida el cual, afirmó no realizó ella y no saber quién lo realizó. Luego le tocó dar de alta a la paciente después de que evacuó, con tratamiento para prevenir infección y con una fibra para que la paciente presentara evacuaciones blandas y evitar nuevamente la dehiscencia de la episiorrafia.

52. Por su parte, la Ginecóloga **SP16**, dijo que, según la nota visible a foja 209, se recibió a la paciente en piso, mientras se encontraba dando consulta de Ginecología, que la paciente venía de tococirugía, con indicaciones para hacer su lavado y cierre de episiorrafia, en cuanto hubiera oportunidad. Finalmente, la Anestesióloga **SP12**, dijo a este Organismo que a ella le tocó atenderla el día del cierre de la episiotomía, que se trataba de una paciente con puerperio patológico tardío y dehiscencia. Se realizó técnica anestésica de anestesia general endovenosa y pasó la paciente a sala, se le puso monitoreo tipo 1, que es no invasivo, se procede a la inducción anestésica, utilizando narcótico, de tipo fentanil a una dosis de 150 microgramos y la inducción fue a base de Propofol 250 miligramos en dosis fraccionados 200 y 50, se le dio apoyo ventilatorio a la paciente con mascarilla facial y oxígeno al 100% a 2 litros por minuto, no se presentan incidentes ni complicaciones, el trans anestésico se presenta hemodinámicamente estable, el sangrado es mínimo y se aplican solución harman de 300 mililitros, una vez que se termina el procedimiento se estimula a la paciente y egresa a cuidados de recuperación, con un Aldrete de 9, el Aldrete es una valoración que se le realiza a toda paciente que es sometida a un proceso anestésico quirúrgico, y fue de 9 a expensas de responder al ser llamado; asimismo, se valora una escala de Ramsay de 3, que significa con cierto grado de sedación pero con respuesta a órdenes verbales. Que la aquí quejosa se pasó sola de la mesa quirúrgica a la camilla, para pasar al área de recuperación; asimismo, se valoró la escala visual análoga del dolor, la cual val de 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10, es dolor insoportable, egresando la paciente con una escala visual análoga del dolo (EVA) de 0.

53. Agregó que, anestésicamente, no es posible que una paciente, a mitad del procedimiento haya despertado y se haya dejado en sala y vuelto a inducir nuevamente, porque sería, primero, los fármacos no se eliminarían fácilmente, segundo, porque sería una falta de ética dejar a una paciente a mitad de un procedimiento y salirse de sala y no se podría dejar, porque se está asistiendo ventilatoriamente con la mascarilla facial y el oxígeno, dado que las pacientes con

estos procedimientos, pierden el automatismo respiratorio, y se tienen que asistir y brindar las frecuencias y volúmenes respiratorios para mantener los signos vitales estables. Luego respondió a pregunta expresa que no es común que exista escases de medicamentos anestésicos, que generalmente se cuenta con ellos, por lo menos lo mínimo indispensable para trabajar y ya el Ginecobstetra decide qué paciente se ingresa a los procedimientos, según la gravedad de cada paciente.

54. Con lo anterior se tiene que se cuenta con la versión de los hechos planteada en el escrito de queja por **VD**, y fortalecida con los testimonios de las personas más allegadas a ella, como son su esposo **T2**, su mamá **T1** y su abuela materna **T3**. Así como la confronta que se hizo con la versión del personal médico y de enfermería, adscritos al Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió a la quejosa en las dos fechas en que acudió a ese nosocomio, siendo éstas el 04 y 05 de octubre de 2017 y 16 y 17 del mismo mes y año.

55. En ese sentido, se hace necesario remitirnos a los instrumentos legales y normativos que rigen el actuar del personal de salud, como es el caso 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, 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 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.

56. Entonces, atendiendo a lo narrado por la víctima, y que se acredita con las constancias que obran en el expediente de queja, e incluso con las declaraciones del personal de salud, se tiene por cierto que **VD** acudió el 04 de octubre de 2017, aproximadamente a las 18:00 horas, al Hospital de la Mujer Zacatecana, dado que se encontraba embarazada, por lo que, para las 19:00 horas, presentaba 1 centímetro de dilatación, sin dolor, pero al percatarse el personal médico que presentaba pérdida de líquido amniótico la hospitalizaron; luego, a las 20:35 horas le aplicaron oxitocina y para las 21:30 horas sintió que reventó fuente; para la 01:30 horas del día siguiente (05 de octubre de 2017), continuaba con 1 centímetro de dilatación y entre las 5:00 y 6:00 horas ya presentaba 9 de dilatación, luego sintió que "la rotaron" (episiotomía), naciendo su hija a las 06:50 horas.

57. Ahora bien, respecto del resto del procedimiento a que hace referencia la quejosa, existe el informe rendido por el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, así como con las declaraciones rendidas por el personal adscrito a ese nosocomio, cuya atención le brindaron en dos fechas diversas, la primera en la hospitalización por el parto, entre el 04 y 05 de octubre y el reingreso por la dehiscencia de la episiorrafia, entre el 16 y 17 de ese mes y año. Por lo cual este Organismo protector de los Derechos Humanos y con la finalidad de obtener mayor comprensión de los términos médicos empleados en las constancias médicas que integran el expediente clínico de **VD**, solicitó a la Doctora **PML1**, Perito Médico Legista, un dictamen médico, mismo que resulta ilustrativo y orientador¹¹, para la emitir la presente Recomendación.

58. Ciertamente es que, al momento del parto vaginal, acontecido el 05 de octubre de 2017, aproximadamente a las 06:50 horas, fue necesario realizarle a **VD**, el procedimiento de

¹¹ Tesis aislada "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.

episiotomía, el cual, según el dictamen médico de marras, *“es la incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales.”*¹²; luego, que de las 7 clasificaciones de episiotomía, las más recurrentes son la incisión mediana y la medio lateral, las cuales comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos bulboes-ponjoso y el perineal transversal.

59. Así también, el dictamen hace referencia a los desgarros, y los conceptualiza como *“El trauma obstétrico perineal está relacionado directamente con el riesgo de desarrollar patologías del piso pélvico. Se produce espontáneamente con el parto vaginal o secundariamente como una extensión a una episiotomía.”*, cuyos factores de riesgo, asociados a desgarros de 3° y 4° grado son: peso fetal >4000 gramos; parto instrumental mediante fórceps; episiotomía media; parto en primípara; distocia de hombros; parto en posición de litotomía o en cuclillas; maniobra de Kristeller; Vacuum extracción; presentación cefálica con posición OP; segundo fase del parto de duración >60 minutos.

60. El dictamen médico pericial en cita, señala que los desgarros perineales se clasifican en cuatro grados, a saber: 1er grado, lesión piel perineal; 2° grado, lesión músculos del periné (sin lesión de esfínter); 3er grado, lesión del esfínter anal, subdividido en: 3ª, lesión del esfínter externo <50%; 3b, lesión del esfínter externo >50% y, 3c, lesión del esfínter externo e interno; 4° grado, lesión de esfínter anal y mucosa rectal. Y que el ángulo de la episiotomía se considera zona de seguridad cuando se realiza entre 40°-60°, y que un ángulo de incisión de 40° es probablemente demasiado agudo para prevenir posibles daños en el esfínter.

61. Hasta aquí, se tiene que, atendiendo al informe rendido por el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, no se asentó en el expediente clínico de **VD** el porqué de la necesidad de realizar el procedimiento quirúrgico de la episiotomía, pues esto se asentó hasta después del alumbramiento, según lo indicó el citado médico al expresar: *“se realiza reparación de episiotomía media lateral y reparación de desgarro parcial de esfínter anal”*. Lo cual tampoco fue informado mediante comparecencia, por el personal médico y de enfermería que el día del parto atendió a la quejosa, ya que la entonces residente de Ginecología **SP8**, de inicio, afirmó no recordar nada, pero al imponerse de las notas médicas pudo confirmar que fue ella quien atendió a la paciente en su parto, el 05 de octubre de 2017, a las 06:55 horas, que presentó un desgarro de III-B, y se realizó la reparación del desgarro.

62. Para fortalecer el porqué en el expediente clínico debía quedar establecido el procedimiento quirúrgico de episiotomía, nos sirve de apoyo la opinión emitida en el dictamen médico, en donde la perita señala *“No se indica por escrito en las notas de evolución de la atención del parto el porqué de la elección de la episiotomía...”*; además *“...no se establece el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano.”*

63. La Perita Médica **PML1**, a efecto de emitir su opinión, tuvo copia del expediente que ahora se resuelve, del cual también este Organismo advierte que, efectivamente, del expediente clínico de **VD** no se desprende que el personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió el proceso de parto, el 05 de octubre de 2017, haya asentado en el expediente de la agraviada, el porqué de la necesidad de llevar a cabo el procedimiento de marras, lo anterior es así ya que al revisar las constancias del citado expediente clínico, las únicas notas previas al parto son las siguientes: en la foja con folio 00004 del índice del expediente clínico, se realizó a las 03:29 horas del 05 de octubre de 2017, una nota de anestesiología, en la cual se describe el suministro de analgesia obstétrica y se concluye con la afirmación de que no existió accidente o incidente alguno.

¹² Página 29 del dictamen médico de la Doctora **PML1**, Perito Médico Legista.

64. Enseguida, a foja 00005 del expediente clínico, en la nota de ingreso a toco, se asentó la evolución de la paciente, concluyendo en el diagnóstico: “*IDX: EIU 38.1 SDG + TPFPA Pronóstico reservado a evolución. No exento de complicaciones.*”; luego, a foja 00006 (34 del expediente de queja), se generó la nota postparto de fecha 05/10/17, a las 07:08 horas, en donde se asentó los siguientes puntos: “*1. Se realiza amniotomía a las 21:00 hrs. 2. Se pasa a paciente a sala de expulsión 10 cm de dilatación y 100% de borramiento completa en tercer plano de Hodge se realiza asepsia y antisepsia de región abdominogenital y colocación de campos estériles, drenaje de sonda vesical. 3. Se realiza episiotomía medio lateral. (...) 7. Se revisa cérvix, fondos de saco, paredes laterales, donde se evidencia desgarro III-b El cual se repara con técnica adecuada con vycril 00 y crómico 0.*”; finalmente, en el diagnóstico se asentó: “*DX: PUERPERIO PATOLÓGICO POR EIU DE 38.1 SDG + DESGARRO IIIB*”. Con lo cual se evidencia que en el expediente clínico de **VD** no obra nota médica del porqué la necesidad de aplicarle el procedimiento de episiotomía y menos aún, que se hubiera pedido consentimiento o se le hubiera explicado el por qué era necesario éste.

65. Es claro, que en el cuerpo de **VD** se realizó el procedimiento de episiotomía, sin que se haya asentado, en su expediente clínico, alguna anotación del porqué la necesidad de ese procedimiento, así como tampoco si ella fue debidamente informada y se obtuviera de su parte el consentimiento.

66. En este punto, se hace necesario pasar al siguiente momento inmediato, el desgarro, el cual según el informe de autoridad consistió en un “desgarro parcial de esfínter anal”, pero que del expediente clínico se desprende que consistió en un desgarro III-B, mismo que, según el dictamen médico de la perita **PML1**, se hace consistir en lesión del esfínter anal, concretamente en una lesión del esfínter externo mayor al 50%, el cual se debió reparar con “*sutura mucosa rectal, es decir, con una sutura continua submucosa o puntos separados utilizando vicryl 3/0 convencional como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales. Sutura de esfínter: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o vicryl 2/0 convencional para la sutura.*”¹³

67. Por tanto, al analizar el contenido del expediente clínico de **VD**, concretamente en la ya citada nota postparto de 05 de octubre de 2017, a las 07:08 horas, esta Comisión advierte la existencia de algunas irregularidades:

- ✓ En primer lugar, atendiendo al ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud orientadas, subdividida de la siguiente manera: a) garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados, sin que se deba negar o limitar el acceso de forma injustificada; b) velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; **c) vigilar la apropiada formación de médicos y demás personal relacionado, quienes deberán estar capacitados en materia de salud y derechos humanos;** d) facilitar medicamentos esenciales, y **e) propiciar la atención integral de los pacientes;** es que queda claro que el seguimiento que se le dio a la atención no fue por la o el titular de la especialidad en Ginecología y Obstetricia, pues no se describe el nombre de la o el médico especialista, lo cual fue advertido por la propia quejosa **VD**, quien afirmó “de las 6:50 que nació hasta casi las 9:00 de la mañana la residente trató de cerrar la herida ya que me coció y me volvió a descocer dos o tres veces”.
- ✓ La afirmación de la agraviada **VD** quedó asentado en la nota de marras, pues en el espacio para asignar el nombre o apellido del o la médica Gineco Obstetra, únicamente dice “DR”, enseguida se asienta el apellido del residente 1 de Ginecología y Obstetricia “R1 GYO RODRÍGUEZ” al final “MIP GUERRERO”, por lo que se tiene que R1GYO, es un o una residente de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer Zacatecana

¹³ Segundo párrafo, de la página 32 del Dictamen Pericial Médico.

(ahora podemos presuponer que se trató de la entonces Residente de Ginecología **SP8**, pues según el informe remitido el 26 de diciembre de 2019, fue la única Residente de Ginecología con el apellido [...], y, a decir de la propia médica, en su declaración rendida ante este Organismo el 28 de enero de 2020, en la fecha del parto, ella se ostentaba como Residente de Primer Grado de Ginecología y Obstetricia), pero no el médico especialista encargado de vigilar la apropiada formación del médico residente y de proporcionar la atención integral a su paciente¹⁴.

- ✓ En segundo lugar, según refiere el Dictamen Médico Pericial, se tiene por advertido que el personal médico titular delega su responsabilidad en residentes, quienes asisten a los especialistas para auxiliarlos en atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño a la salud de las y los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias, como es el caso en particular y referido por **VD** al expresar: "...de las 6:50 que nació hasta casi las 9:00 de la mañana, la residente trato de cerrar la herida ya que me coció y me volvió a descocer dos o tres veces..."
- ✓ En tercer y último lugar, según la nota posparto, la residente R1GYO RODRÍGUEZ fue omisa en diseñar un plan de estudios complementarios y tratamiento reparatorio de episiorrafia, pues no especificó técnica de reparación; además, a criterio de la experta Médica Legisla auxiliar de las labores de este Organismo, no se llevó a cabo una adecuada clasificación del desgarro sufrido por **VD**, motivo que originó un estado de vulnerabilidad por no implementarse un protocolo de atención adecuado, denotando con esto una atención deficiente.

68. Importante resulta destacar que la omisión en que incurren las y los médicos especialistas titulares, al delegar sus funciones en las y los residentes, y que éstos no sean supervisados, genera responsabilidades médicas que tienen impacto directo en la salud de las usuarias del servicio médico, como en el caso concreto aconteció, pues del expediente clínico de **VD** tampoco se desprende nota alguna de la supervisión que "[...]" haya tenido por parte de la o el titular de la especialidad, al momento de llevar a cabo el procedimiento de la episiotomía, a efecto de determinar el grado de desgarro sufrido y de ahí establecer el plan de estudios complementarios y tratamiento reparatorio de la episiorrafia.

69. Siguiendo la línea del tiempo en que **VD** afirma haber sufrido las consecuencias de la deficiente atención médica al momento del parto de su hija, acontecido el 05 de octubre de 2017, afirmó que el 16 de octubre posterior, se le reventó un punto de la sutura, motivo por el cual se vio en la necesidad de acudir de nueva cuenta al Hospital de la Mujer Zacatecana, en donde luego de una revisión le dijeron que requería ser suturada; sin embargo, al pasarla al área de toco, se percatan que lo que le habían hecho estaba mal y lo que no habían suturado estaba mal cicatrizado, por lo cual el día 17 de octubre siguiente la pasaron a quirófano para suturarla.

70. Lo anterior se corrobora al remitirnos a la foja 74 del expediente de queja (foja 67 del expediente clínico), donde se asentó que el 16 de octubre de 2017, **VD** acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, por presentar dehiscencia de episiorrafia, con secreción fétida y, a foja 68 del expediente clínico, se asentó en la descripción de genitales y diagnóstico: "Con presencia de dehiscencia¹⁵ de episiorrafia, con secreción fétida (...) Dehiscencia de herida quirúrgica".

71. Asimismo, obra a foja 76 del expediente de queja (70 del expediente clínico), la nota de ingreso a toco que data del 04/10/2017 (sic) a las 07:45 horas, precisando que la paciente "acude a valoración por presentar dehiscencia de episiorrafia, a valorar la reparación." El diagnóstico fue "dehiscencia de herida quirúrgica" y, al reverso de dicha foja, cuyo folio del expediente clínico corresponde 71, de 16 de octubre de 2017, a las 17:02 horas, se generó la nota de pase a piso de ginecología y obstetricia "...con diagnóstico de puerperio tardío

¹⁴ Foja 37 del dictamen médico pericial suscrito por la Doctora **PML1**, Perito Médico Legista.

¹⁵ Según el dictamen de apoyo, la dehiscencia es la separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura.

patológico secundario a dehiscencia de episiorrafia (desgarro IIIB), con dehiscencia de aproximadamente de 2cm x 2cm, con secreción serosa ligeramente fétida. Se decide su pase a piso para impregnación antibiótica, a base de clindamicina y cefalexina, se solicita biometría hemática completa con diferencial, se proyecta para lavado y cierre de la misma el día de mañana... dicha nota se encuentra suscrita por la Doctora [...] como titular de Ginecología y Obstetricia y el residente R3 [...].

72. Para el 17 de octubre de 2017, a las 08:00 horas, se generó la nota de evolución (visible a foja 73 del expediente clínico), suscrita por DR. [...] y R2 [...], de donde se aprecia que **VD** *“paciente estable, ingresa con diagnóstico de dehiscencia de histerorrafia, antecedente de desgarro perineal grado IIIB, presenta aparente dehiscencia de piel, se palpa músculo de esfínter aparentemente conservado, se necesita realizar revisión y aseo bajo anestesia, local o regional a valorar, cuenta con protocolo quirúrgico completo, se encuentra con doble esquema antibiótico a base de cefotaxima y clindamicina, se ha mantenido afebril, continúa antibioticoterapia, preparar para quirófano y pasar al solicitar pronóstico ligado a evolución.”*; así en esa misma fecha y foja, obra la nota anestesiológica, donde se señala que *“puerperio tardío + Dehiscencia de episiorrafia ingresa a sala para cierre”*.

73. En la nota prequirúrgica suscrita el 17 de octubre de 2017, a las 11:30 horas por la DRA [...] y DR. [...] B R3[...], se desprende *“...sin datos de irritación peritoneal, tacto vaginal diferido, canal vaginal con dehiscencia de mucosa y de piel superficial de 2cm de longitud X 2cm de profundidad, con escasa fibrina, secreción serohemática, sin evidencia de infección de herida. Plan: pasa a sala 3...”*; luego, los mismos médicos realizan la nota posquirúrgica, en la misma fecha, a las 12:33 horas, en donde señalaron *“...cirugía realizada: revisión de canal vaginal + aseo + retiro de material de sutura, más reparación de desgarro perineal IIIC con técnica de traslape + episiorrafia... HALLASGOS: Se encuentra dehiscencia parcial en mucosa y piel de 2x2 cm en sitio de episiotomía, con tabique de piel de mínimo espesor, el cual se deseca, objetivando en región profunda pérdida total de la continuidad de la mucosa, además de pérdida de la continuidad de esfínter anal externo, por lo que posterior a aseo energico y bajo sedación + anestesia local se procede a realizar reaproximación de ases musculares de esfínter anal externo con técnica de traslape, sutura vickryl 1, posteriormente se realiza episiorrafia con catcul cromico 0, puntos continuos en mucosa y puntos separados en tejido conectivo y piel de la región perineal...”*.

74. Con lo hasta aquí señalado, se evidencia también una de las irregularidades señaladas en el párrafo 68 precedente, pues la o el residente “R1GYO [...]”, quien este Organismo considera puede ser la entonces Residente del primer Grado de Ginecología y Obstetricia **SP8**, no llevó a cabo una adecuada clasificación del desgarro que sufrió **VD**, al momento del parto, pues éste lo clasificó como desgarro IIIB, omitiendo diseñar un plan de estudios complementarios y tratamiento reparatorio de episiorrafia, motivo por el cual se intervino nuevamente a la aquí agraviada el 17 de octubre de 2017; es decir, 13 días después del evento obstétrico en donde se clasificó el desgarro postparto y, donde se percataron que el desgarro perineal en realidad era de IIIC, el cual, como lo señala el dictamen médico de apoyo, implica lesión del esfínter externo e interno, como se describió en los hallazgos encontrados por la Doctora (Ginecóloga **SP15**) y el Doctor (entonces residente **SP27**).

75. Lo anterior fue corroborado por el médico **DR1**, especialista en cirugía general y subespecialista en coloproctología, quien atendió a **VD** el 22 de octubre de 2017, de forma particular en el Hospital San Agustín, y quien en entrevista recabada por personal adscrito a este Organismo, refirió que el desgarro que presentaba su entonces paciente, fue del grado III-C, lo que implica, según el dictamen que sirve de apoyo a esta Comisión, una lesión del esfínter externo e interno¹⁶.

76. Por tanto, las consecuencias de ese desgarro perineal con clasificación IIIC, que, de inicio, se clasificó como IIIB y que no tuvo un plan de tratamiento reparatorio de episiorrafia, fueron

¹⁶ Cf. Foja 31 del dictamen médico expedido por la Doctora **PML1**, Perita Médica Legista.

que el 17 de octubre de 2017, la paciente tuviera que ser nuevamente intervenida quirúrgicamente, habiendo sido previamente auscultada y cuyos genitales presentaban una herida dehisciente fétida, como así se asentó en las hojas de historia clínica, valoración/urgencias, nota de ingreso a toco y nota de ingreso a piso de ginecología y obstetricia, todas con data de 16 de octubre de 2017. Lo cual fue corroborado por la Doctora **SP8**, entonces residente de primer grado de Ginecología y Obstetricia, quien señaló ante este Organismo que el 17 de octubre de 2017, la paciente regresó por dehiscencia de episiorrafia, con mal olor.

77. Al respecto el entonces residente de Ginecología **SP7**, también señaló ante este Organismo que recibió a la quejosa con dehiscencia de episiorrafia y de desgarro perineal de 2.5 centímetros. En ese mismo sentido, la Ginecóloga **SP15**, afirmó que, bajo anestesia, revisión de canal de parto y sitio de episiorrafia, con los hallazgos plasmados en la nota médica. Por su parte la Ginecóloga **SP11**, dijo al personal de este Organismo que, a la exploración, encontró en la región perianal, dehiscencia de 1.5 centímetros de piel y tejido celular; luego, la misma servidora pública señaló el 19 de octubre de 2018, ante la Fiscal del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación Mixta, de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, que la paciente, aquí quejosa se presentó con dehiscencia de piel y tejido graso del área perineal de aproximadamente 2.5 centímetros.

78. Luego, otras consecuencias que sufrió **VD** fueron las asentadas en la nota de evolución suscrita el 17 de octubre de 2017, a las 15:00 horas, por la Ginecobstetra **SP13**, quien asentó: *“paciente estable, se repara desgarro perineal IIIC, se reporta dehiscencia de sitio de episiotomía con pérdida de la continuidad de la mucosa, además de pérdida de continuidad de esfínter anal externo, se separa con técnica de traslape episiorrafia sangrado mínimo...”*

79. Se obtiene a foja 00074, del índice del expediente clínico, una nota prequirúrgica y una posquirúrgica, en lo que interesa, de la nota posquirúrgica se desprende: “CIRUGÍA REALIZADA: REVISIÓN DE CANAL VAGINAL + ASEO + RETIRO DE MATERIAL DE SUTURA, MÁS REPARACIÓN DE DESGARRO PERINEAL IIIC CON TÉCNICA DE TRASLAPE + EPISIORRAFIA” “CIRUJANO: DRA FLORES MYO, AYUDANTE: DR. SÁNCHEZ B. R3GYO”, “HALLAZGOS: SE ENCUENTRA DEHISCENCIA PARCIAL EN MUCOSA Y PIEL DE 2X2 CM EN SITIO DE EPISIOTOMÍA, CON TABIQUE DE PIEL DE MÍNIMO ESPESOR, EL CUAL SE DISECA, OBJETIVANDO EN REGIO PROFUNDA PERDIDA TOTAL DE LA CONTINUIDAD DE LA MUCOSA, ADEMÁS DE PÉRDIDA DE A CONTINUIDAD DE ESFINTER ANAL EXTERNO, POR LO QUE POSTERIOR A ASEO ENÉRGICO, Y BAJO SEDACIÓN + ANESTESIA LOCAL SE PROCEDE A REALIZAR REAPROXIMACIÓN DE ASES MUSCULARES DE ESFINTER ANAL EXTERNO CON TÉCNICA DE TRASLAPE, SUTURA VICRY 1, POSTERIORMENTE SE REALIZA EPISIORRAFIA CON CATGUT CROMICO, PUNTOS CONTINUOS EN MUCOSA Y PUNTOS SEPARADOS EN TEJIDO CONECTIVO Y PIEL DE LA REGIÓN PERINEAL, NO SE IDENTIFICAN SITIOS DE SANGRADO ACTIVO, POR LO QUE SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO SIN INCIDENTES NI COMPLICACIONES APARENTES.” La citada nota, cuenta solamente con una firma o rúbrica, en el apellido SÁNCHEZ.

80. Luego, el 18 de octubre de 2017, después de plasmar en el plan que la paciente se encontraba con adecuada evolución clínica, sin sintomatología agregada, sin dato de vasoespasmo, ni de bajo gasto, con BH de control de parámetros normales, se decidió dar a **VD** de alta del Hospital de la Mujer Zacatecana, con cita en 6 semanas a uroginecología para valoración y cita en una semana a valoración con la Doctora FLORES, es decir, el jueves 26 de octubre de 2017, lo anterior fue suscrito por la Ginecobstetra **SP13**, tal como consta a foja 79 del expediente de queja, 76 del expediente clínico.

81. Sin embargo, refiere la agraviada que, una vez que fue dada de alta del Hospital de la Mujer Zacatecana, al llegar a su domicilio, no podía hacer del baño, lo que le ocasionaba escalofríos y pérdida de apetito, pero que el día 22 de octubre como a las 19:00 horas, dichos síntomas se agudizaron, para las 20:30 horas, ya no podía caminar del dolor, por lo cual acudió al Hospital

San Agustín, lo cual fue corroborado por su testigo, su esposo **T2**, quien, de forma personal y directa, pudo constatar el estado de salud en que se encontraba su esposa **VD**, y quien la trasladó a un hospital privado a recibir atención médica.

82. Al encontrarse en el Hospital San Agustín, afirma la quejosa, le aplicaron un enema de fosfatos, pero ni aun así pudo realizar su necesidad fisiológica, por lo que para las 22:30 horas, al ser insoportables los dolores, le hablaron a un ginecólogo, quien le afirmó que su problema de salud era proctológico por lo que se tenía que hablar a un especialista, quien al revisar una radiografía, se percató que traía los intestinos inflamados y que los puntos estaban muy rojos, de ahí que decidieron dejarla internada y le mandaron hacer análisis clínicos, dando como resultado un proceso infeccioso.

83. Que el día siguiente 23 de octubre, entre 09:00 y 10:00 horas, le tomaron una tomografía de abdomen, contrastada y enseguida pasó al quirófano para evaluar la situación, en donde se le practicó un lavado mecánico por parte del ginecólogo y por parte del proctólogo se realizó una evaluación del colon y el recto, luego quitaron tejido infectado e inflamado y procedieron a cerrar de nueva cuenta la episiotomía.

84. La narrativa de la víctima se acredita con el expediente clínico proporcionado por el Hospital San Agustín, de donde se desprende que el 21 de octubre de 2017, a las 23:32 horas ingresó a dicho nosocomio, con diagnóstico de ingreso de obstrucción intestinal y fue ingresada a hospitalización; luego, en la historia clínica se asentó que el motivo de consulta fue "1. Estreñimiento, 2. Dolor intenso intolerable en esfínter anal". De la nota médica de urgencias, suscrita el 22 de octubre de 2017, a las 02:01 horas, por la Doctora **SP48**, visible a foja 136 del expediente de queja, se desprende que el motivo de la consulta fue "*por estreñimiento de 3 días de evolución acompañado de dolor abdominal severo y dolor intenso e intolerable en región de esfínter anal*".

85. Importante resulta resaltar las condiciones en que la Doctora **SP48**, personal médico del Hospital San Agustín, encontró a su paciente el 22 de octubre de 2017, a las 02:01 horas, es decir 17 días después del parto, lo que implica que se encontraba en la fase de puerperio tardío, por lo cual se transcribe el punto 4 de exploración física: "*ENCUENTRO PACIENTE INTRANQUILA, NERVIOSA, CON LLANTO, EN POSICIÓN ANTIÁLGICA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, GALSGOW 15, CON PALIDEZ DE PIEL Y TEGUMENTOS, CON BUEN ESTADO DE HIDRATACIÓN, CARDIORRESPIRATORIO SIN COMPROMISO, ABDOMEN DISTENDIDO, CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN MESOGASTRIO, CON DOLOR INTENSO EN REGIÓN ANAL, SENSACIÓN DE PUJO EL CUAL EXACERBA EL DOLOR, NO TOLERA EL TACTO, CON EPISIOTOMÍA DEHISCENTE, CON SANGRADO EN GOTAS ROJO FRESCO ESCASAS, CON SALIDA DE MATERIAL FECAL SIN DARSE CUENTA, PROBABLE PÉRDIDA DE TONO EN ESFÍNTER ANAL. EXTREMIDADES ÍNTEGRAS CON BUEN LLENADO CAPILAR DISTAL SIN EDEMA.*"

86. Además, la médica tratante del hospital privado, solicitó interconsulta a médico especialista, proctología, por probable daño ano-rectal y probable dehiscencia de reparación de episiotomía y desgarro de cuarto grado. Luego, en esa misma fecha, a las 12:48 horas, el especialista Doctor **DR1**, Coloproctólogo, al realizar la exploración física a la paciente **VD**, describió: "*EF: REGIÓN PERIANAL CON INTENSO EDEMA Y ERITEMA CON AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN INTERGLUTEA Y A NIVEL DE RAFE MEDIO, SE OBSERVA MATERIA FECAL EN ANO, LO CUAL NO EFIERE HABER SENTIDO EVACUACIÓN, POR EL INTENSO DOLOR NO SE PUEDE REALIZAR UNA EXPLORACIÓN MÁS PROFUNDA.*" Y, el plan del especialista fue "PASAR MAÑANA A QUIRÓFANO PARA EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA Y CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS", con pronóstico reservado.

87. También obra una nota médica, visible a foja 143 del expediente de queja, suscrita el 22 de octubre a las 18:30 horas, por el Coloproctólogo, Doctor **DR1**, quien señaló en los hallazgos: "*continúa con salida espontánea escasa de materia fecal (incontinencia)*".

88. De la nota posoperatoria, suscrita el 22/01/17 (sic), a las 11:50 horas, por los doctores **DR1** y **DR2**, visible a fojas 157 y 158 del expediente de queja, se desprende la descripción de técnica quirúrgica, de la forma siguiente: *“PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES ESTÉRILES BAJO ANESTESIA REGIONAL TIPO BLOQUEO SUBARACNOIDEO EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA, SE REALIZA REVISIÓN EPISIORRAFIA LA CUAL SE ENCUENTRA DEHISCENTE EN DOS TERCIOS INFERIORES CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN EN ALGUNAS ÁREAS CON TEJIDO INFLAMATORIO Y DATOS DE INFECCIONES EN ÁREA LOCALIZADA PARA LA CUAL SE REALIZA ASEO QUIRÚRGICO DEBRIDACIÓN DE BORDES Y CIERRE POR PLANOS CON VICRYL DEL 00 PRIMERO CON SUJETE CONTINÚA ACLARANDO EN MUCOSA Y PUNTOS SIMPLES Y CONTINUOS SIN ACLARAR Y PUNTOS INVERTIDOS EN PIEL. POSTERIORMENTE SE VALORA POR COLORPROCTOLOGO REGIÓN PERIANAL CON LESIÓN A NIVEL DE 11 HR (LITOTOMÍA) DE APROX 2CM EL CUAL SE OBSERVA LESIÓN DE LAS FIBRAS EN MÚSCULO DEL ESFÍNTER EXTERNO A ESE NIVEL, ANOSCOPIA CON LESIÓN DE MUCOSA EN ESE MISMO NIVEL, NO SE OBSERVA DATOS DE INFECCIÓN A NIVEL DE RECTO”*; en los hallazgos transoperatorios asentaron: *“DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA + LESIÓN DE ESFÍNTER EXTE”*.

89. En entrevista recabada por personal adscrito a este Organismo, el Doctor **DR1**, Coloproctólogo, señaló que el 22 de octubre de 2017, él en compañía del Doctor **DR2**, Ginecólogo, valoró la lesión de complejo esfinteriano anal y leucosis que presentaba la entonces paciente **VD**. Por lo que hace al Ginecólogo, observó la presencia de un absceso por episiorrafia de vagina, procediendo a realizar un drenado de la herida, así como un lavado, para posteriormente cerrar el punto que se abrió. Por su parte, realizó una revisión perineal, en donde observó las fibras del esfínter, siendo necesario un lavado quirúrgico; además de citar a la paciente para que, luego de que desinflamara, verificar si no se requería algún otro procedimiento, no siendo necesario, pues cuando la volvió a revisar el 23 de enero de 2018, presentaba buena continencia, siendo transitoria su incontinencia; hizo la precisión que puede suceder que, al pasar los años, pueda tener alguna secuela, por lo cual considera necesario realizar manometría y ultrasonido endoanal con reconstrucción tridimensional.

90. Corolario de lo anterior, se determina la existencia de la violación al derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de **VD** durante el puerperio, atribuible al personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, dependiente de la Secretaría de Salud de Zacatecas, pues se acreditó la falta de supervisión de la médica residente 1, de apellido [...], la cual estaba adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio, quien, atendiendo a las conclusiones de la Perita Médica Legisla Doctora **PML1**, realizó un *“diagnóstico impreciso e incompleto y lo que constituye por sí misma en una falta de garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias en particular de **VD**; al incumplir con lo dispuesto por los artículos 48 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, ya que esto configura una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7.”*

91. Por lo anteriormente señalado, esta Comisión arriba a la conclusión que el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió el parto de **VD**, el 05 de octubre de 2017, aproximadamente a las 06:50 horas, vulneró el derecho a la salud de la agraviada, en razón de que se permitió que una estudiante Residente del primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, adscrita al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer Zacatecana, llevara a cabo el procedimiento de episiotomía medio lateral, así como la posterior clasificación del desgarro perineal, mismo que asentó en la nota postparto como III-B, y afirmó que se reparó con técnica adecuada con vicril 00 y crómico 0, todo ello sin la supervisión adecuada de la o el titular de la especialidad en Ginecología y Obstetricia, contraviniendo lo establecido en los artículos 3.1.1; 3.1.3; 3.1.9; 3.1.10; 10.1.2.; 10.1.3 y 10.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Relativa a la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas; Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, en los artículos 4.4, 4.9, 9.3.1, 10.5, 11.14 y 11.9; provocando un puerperio tardío patológico, cuyas consecuencias fueron el

sometimiento, por dos ocasiones más (17 y 22 de octubre de 2017), a intervenciones quirúrgicas. La primera en el Hospital de la Mujer Zacatecana y la segunda en el Hospital San Agustín.

92. 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 octubre de 2017, atendió el desgarro perineal postparto, estuviera lo suficientemente capacitado para clasificar adecuadamente el grado del desgarro y diseñar un plan de estudios complementarios y tratamiento reparatorio de la episiorrafia; pues para cumplir con la calidad en el servicio, debió haberse atendido la complicación postparto por personal especializado o, en su defecto, que dicho personal hubiera supervisado el procedimiento de clasificación y tratamiento reparatorio de la episiorrafia, sin que lo uno y lo otro ocurriera, por lo cual **VD** no tuvo un acceso efectivo a su derecho de la salud.

93. Por tanto, la autoridad a quien va dirigida la presente Recomendación deberá investigar a quién o quiénes les correspondía atender y/o supervisar de forma especializada el postparto inmediato de **VD**, clasificar el desgarro perineal y ejecutar un plan adecuado de tratamiento reparatorio de la episiorrafia, además de documentarlo en el registro, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a la intervención en la atención médica de la paciente, tal como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, 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.

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

95. 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.

96. 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 inferioridad¹⁷. Así, el derecho a la igualdad compromete al estado

¹⁷Cfr. 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,

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.

97. 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 privado¹⁸. 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.

98. 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 otros¹⁹.

99. 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 éstas²⁰. 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 puerperio²¹. 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 y a los servicios obstétricos de emergencia, de forma que los embarazos, partos y puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad²². 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.

100. 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.

101. 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

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.

¹⁸ Artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

¹⁹ Artículo 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

²⁰ 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.

²¹ Art. 12 de la Convención para Eliminar todas las formas de discriminación contra la Mujer.

²² Cfr. Contenido de la Recomendación General No. 24, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, febrero de 1999.

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.

102. 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.

103. 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.”

104. 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,
 - 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.

105. 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.

106. 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.

107. 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 adolescentes²³ gestantes, sin desconocer que existen casos de niñas embarazadas²⁴.

108. 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”.

109. 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”

110. 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”²⁵.

111. 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 adecuada²⁶; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener²⁷ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento²⁸.

112. 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”²⁹.

113. 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

²³ 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/

²⁴ 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”.

²⁵ 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.

²⁶ 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>.

²⁷ 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.

²⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.

²⁹ 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.

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.

114. 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”³⁰.

115. 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”³¹, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”³² (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible³³ (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.

116. 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”³⁴.

117. 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. Chile³⁵, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú³⁶ e I.V. Vs. Bolivia, relacionados con la esterilización forzada de las víctimas.

118. 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 para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”³⁷.

119. 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

³⁰ 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

³¹ 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

³² Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000

³³ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

³⁴ 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

³⁵ Comisión IDH. Informe No. 52/141. Petición 112-09. Admisibilidad. F.S. Vs. Chile. 21 de julio de 2014

³⁶ Comisión IDH. Informe n o 71/03. Petición 12.191. Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú. 10 de octubre de 2003

³⁷ Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.LV/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

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 aspectos”³⁸

120. 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 parto”³⁹.

121. 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.

122. 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.

123. Incurrir 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 actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión”⁴⁰.

124. 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*⁴¹.

³⁸ 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>

³⁹ 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.

⁴⁰ Bañuelos Delgado, Nicolás. “La mala práctica”. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.

⁴¹ 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.

125. 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 metódica⁴², realizar procedimientos quirúrgicos de manera innecesaria y sin informar al paciente⁴³ y no brindar el tratamiento médico oportuno⁴⁴, por citar algunos ejemplos.

126. 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.

127. 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.

128. 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.

129. 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.

130. 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 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.

131. 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 mujer⁴⁵ y una de carácter específico llamada violencia

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

⁴² 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

⁴³ 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.

⁴⁴ 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 Miahuatlán, Oaxaca. párrafo 41.

⁴⁵ 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.

institucional⁴⁶, las cuales son definidas en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

132. 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”⁴⁷

133. 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 violencia⁴⁸.

134. 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 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 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.

135. 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.

136. 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.

137. 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

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Medina, Graciela. “Violencia obstétrica”. Revista de Derecho y Familia de las Personas, núm. 4, Buenos Aires, Diciembre 2009. Páginas 3 y 4.

⁴⁸ CNDH Recomendación General 31/2017

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”⁴⁹.

138. 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”⁵⁰.

139. 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.

140. En la narrativa de los hechos **VD** señaló diversas conductas que se encuadran en violencia obstétrica, pues dijo haber llegado al Hospital de la Mujer Zacatecana el día 04 de octubre de 2017, a las 18:00 horas, que fue atendida hasta las 19:00 horas, momento en el que presentaba 1 centímetro de dilatación; para las 20:30 horas se percataron que no estaba dilatando porque no presentaba dolores, por lo cual para las 20:35 horas le pusieron oxitocina, para provocarle dolores; para las 21:30 horas sintió que se le “reventó la fuente”, pero seguía sin dilatar, por lo que para las 01:30 horas del día siguiente 05 de octubre, al revisarla, apenas traía 2 centímetros de dilatación; para las 03:00 horas presentaba casi 4 centímetros de dilatación; para las 05:00 horas le aplicaron anestesia, por lo que de las 05:00 a las 06:00 horas, avanzó a 9 centímetros de dilatación, pero que la doctora le dijo que la dejaría sola para que pujara, que como a las 20 minutos regresó y le informó que su bebé estaba en un lugar donde no recibía oxígeno; a las 6:40 la pasaron a sala de labor, al momento en que iba a nacer la niña, de lo grande que estaba y, en virtud de que no podía nacer, la doctora se le subió en la panza para empujar, que sintió cuando le “rotaron” y su niña nació a las 06:50 horas, informándole después la doctora que tenían que poner puntos por la episiotomía más los puntos del desgarro que le provocó el nacimiento de su niña.

141. Atendiendo al contenido del dictamen médico pericial de la Doctora **PML1**, se identifican dos modalidades de violencia obstétrica: a) la física, la cual se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] y b) cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Así como que durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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.

142. La experta médica también precisó que, no se deben realizar intervenciones médicas innecesarias, tales como la episiotomía, entre otras, y que se debe restringir el uso de oxitocina. Sigue señalando en el dictamen médico que la conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo, dicha conducción del trabajo de parto, se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía).

143. Precisó que la amniotomía, es una técnica muy utilizada en el ámbito de la obstetricia, que consiste en la rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto. Su uso se ha identificado como un componente del manejo activo del trabajo de parto. En un parto estancado (más de 4 horas sin evolución), sí recomendamos el uso de amniotomía, ya que puede reducir de forma significativa la duración del parto, disminuyendo de forma moderada la tasa de cesáreas si lo utilizamos de manera precoz al detectar un retraso leve de la evolución del parto. Si a las 2 horas de la amniorrexis la evolución de la dilatación es <1 cm se valorará el uso de oxitocina.

144. En ese orden de ideas, siguiendo la cronología de los hechos narrados por **VD**, del expediente clínico se desprende que, efectivamente, el 04 de octubre de 2017, entre las 19:35 y las 19:45 horas, la agraviada fue ingresada la Hospital de la Mujer Zacatecana, al área de toco cirugía, lo anterior se aprecia al atender la nota de ingreso a toco, visible a foja 34 del expediente de queja o 05 del expediente clínico, así como de la forma de registros de enfermería de tococirugía, visible a foja 56 del expediente de queja o 37 del expediente clínico; luego, según el reverso de la hoja clínica (folio 02 del expediente clínico, 32 reverso del expediente de queja), a la hora en la que ingresó, el cérvix presentaba 1 centímetro de dilatación, lo mismo se aprecia a foja 04 del expediente clínico.

145. En la citada foja 04 del expediente clínico obra una nota que data del 05 de octubre de 2017, a las 03:29 horas, suscrita por el médico anestesiólogo quien asentó la necesidad de colocar anestesia: *“femenina de 22 años de edad, quien cuenta con dx de embarazo 38.5 s + TDPFA, para quién se solicita analgesia obstétrica...”*. Luego, en la nota postparto elaborada el 05 de octubre de 2017, a las 07:08 horas, se registraron diversos procedimientos, entre ellos: “1. Se realiza amniotomía a las 21:00 hrs.”

146. En la hoja donde se registró el parto, cuyo folio del expediente clínico es 20, en el apartado de MEDITACIÓN TERCER P. DEL TP, se asentó “oxitocina”. Luego, en la forma de registros clínicos de enfermería de tococirugía (foja 38 del expediente clínico) de 04 de octubre de 2017, con horario de ingreso 19:35 horas, refiere que le aplicaron oxitocina a las 06:55 horas del 05 de octubre de 2017, en esa misma nota se asentó la aplicación de “Hortman + IDU oxitocina”, cuya cantidad fue 1000, GTS X MIN 24g, con inicio a las 4:10 horas. Luego, en el registro efectuado en la hoja de admisión, en su reverso, cuyo folio del expediente clínico corresponde el 18, se desprende la siguiente nota médica: “2020 h 1. Sol Hortman 1000 cc + 10 Y oxitocina a 24cc en 100mba de infusión continua Dr. [...] GO R3 GO G22”.

147. Luego, atendiendo a la opinión pericial, en la foja 18 del expediente clínico, existe una anotación en el apartado de dilatación amniotomía 21:00 horas, con 2 centímetros de dilatación, amniotomía amnios integras.

148. Atendiendo a lo anterior, en el presente caso, en el proceso de parto de **VD**, fue aplicada una doble conducción del trabajo de parto, pues existe evidencia clínica de que a las 20:20 del 04 de octubre de 2017 se le aplicó oxitocina, fecha y hora que resulta cercana a la afirmada por **VD**; luego, también existe evidencia clínica de que a las 21:00 horas del día de su ingreso hospitalario (04 de octubre de 2017), se realizó la amniotomía⁵¹.

⁵¹ Rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto.

149. Por lo que se tiene que, si la paciente ingresó al área de tococirugía del Hospital de la Mujer Zacatecana, entre las 19:35 y las 19:45 horas, tomando en cuenta la hora asentada en la nota de ingreso a toco, elaborada por la especialidad en Ginecología y Obstetricia, cuyo folio del expediente clínico es 05, en los siguientes 45 minutos, se le aplicó oxitocina y, a la hora con 25 minutos se le aplicó el siguiente procedimiento de conducción de parto, es decir la amniotomía. Sin que exista anotación clínica o diagnóstico clínico del trabajo de parto prolongado de la primera etapa del trabajo de parto con conducción. Tal como lo señala la recomendación 19 de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto⁵².

150. En este punto, se tiene que la enfermera **SP17**, señaló haber recibido a la quejosa **VD**, el día 04 de octubre de 2017, quien esperó las indicaciones médicas para aplicar oxitocina, pero que, en virtud de que su salida laboral era a las 20:00 horas, ya no tuvo más contacto con la paciente. Por su parte la enfermera **SP18**, afirmó que a las 20:30 horas se inició con oxitocina, luego, al preguntarle expresamente *“si la paciente ingresó a las 19:35 horas, ¿porqué se le aplicó la oxitocina a las 20:30 horas? Es decir, menos de una hora de hospitalización”* en su respuesta señaló que *“porque primero hay que hidratarlas, se les pasa carga de solución harman y de glucosa al 5% y posteriormente se espera la indicación médica de si se deja con solución para vena permeable o se inicia con oxitocina. Por lo que es indicación médica.”*

151. Luego, a decir del dictamen suscrito por la Doctora **PML1**, es en un parto estancado (más de 4 horas sin evolución), en donde se recomienda el uso de amniotomía, ya que puede reducir de forma significativa la duración del parto, sin que se haya dejado evidencia clínica de que el caso en particular, se tratara de un parto estancado. Pues solo un par de horas de hospitalización se realizó dicho procedimiento, de ahí que siguiendo el criterio de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, concatenado con el criterio del dictamen médico de apoyo, un parto estancado se considera luego de haber transcurrido 4 horas sin evolución.

152. Retomando las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, en el resumen ejecutivo, quedó establecido que *“la intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía).”* Y que estos tratamientos, han sido usados frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix, sin que en el expediente clínico de **VD** se desprenda nota médica alguna de, si en ese caso, se trató de un parto prolongado y de ahí que surgiera la necesidad del doble tratamiento.

153. Ahora bien, como lo señala la perita médica legista, Doctora **PML1**, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, en el contexto de prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, en la recomendación 4 se estableció que *“No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.”* Y, por el contrario, estos dos procedimientos médicos, según la recomendación 19, en el tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción, es recomendable el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.

154. Corolario de lo anterior, se advierte que el personal de salud, adscrito al Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió el proceso de parto de **VD**, realizó en la primera etapa del

⁵² Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto consultado en https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf “Recomendación No. 19: se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)” página 42.

trabajo de parto, los dos tratamientos para la conducción del mismo, consistentes en la aplicación de oxitocina y la amniotomía; sin embargo, esta Comisión advierte que, el personal de salud, fue omiso en describir en las notas de evolución previa a la atención del parto, indicación y/o maniobra realizada, así como el aspecto del líquido amniótico, cuestión que deja de manifiesto el incumplimiento para atender el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, el cual en su artículo 4.4, refiere que, el expediente clínico, es 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.”*

155. Misma observación resulta para el procedimiento que afirma la víctima se llevó a cabo, cuando refirió: “a las 6:40 la pasaron a sala de labor, al momento en que iba a nacer la niña, de lo grande que estaba y, en virtud de que no podía nacer, la doctora se le subió en la panza para empujar” (lo subrayado es propio), procedimiento que, según el dictamen pericial de apoyo, consiste en la maniobra de Kristeller, la cual *“se utiliza para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal, durante la fase de expulsión. Consiste en ejercer presión sobre el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.”* Luego sigue diciendo el dictamen médico pericial que *“la falta de registro de la aplicación manual de la presión fúndica en el parto vaginal, el profesional decide que existe una indicación para usar esta técnica, no se encuentra documentada su uso en la historia de parto, incluyendo la indicación, el número y la duración de las aplicaciones, así como la respuesta materno-fetal.”*

156. Atendiendo a la maniobra de Kristeller, referida por **VD** y descrita en la opinión médica de apoyo a esta Comisión de Derechos Humanos, cabe resaltar que, contrario a que se llevara a cabo el registro de dicha maniobra, en el expediente clínico de la entonces paciente, concretamente en el registro del parto (visible a foja 45 del expediente de queja y 20 del expediente clínico), se asentó el tipo de parto “eutócico”, lo que a decir 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, en el artículo 3.16. conceptualiza este término: “a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y **no requiere de maniobras especiales.**” Por lo cual, no solo no se asentó la maniobra señalada por la quejosa, sino que se afirmó que, en su caso, no se requirió de ninguna maniobra especial.

157. Por lo anterior, se insiste, en el expediente clínico de **VD**, no obra constancia alguna de que el personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, recabara alguna nota respecto a los procedimientos, que la agraviada afirma se implementaron para el nacimiento de su bebé:

- Porqué la necesidad de ministrar oxitocina a las 20:20 horas, del 04 de octubre de 2017, es decir, con apenas 1 hora con 20 minutos, de haber sido trasladada al área de tococirugía y con 2 centímetros de dilatación del cérvix;
- Porqué realizar la amniotomía a las 21:00 horas;
- Porqué la necesidad de ejecutar la maniobra de Kristeller, debiendo señalar el número y la duración de las aplicaciones, así como la respuesta materno-fetal.

158. Este Organismo protector de Derechos Humanos, atendiendo al contenido del análisis previo, respecto al derecho a la salud de **VD**, advierte otros elementos que se constituyen también en violencia obstétrica, pues no debemos soslayar el hecho de que la víctima fue utilizada como recurso didáctico de la Residente del primer año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia, de apellido [...], quien, sin supervisión de la o el titular del área, llevó a cabo la clasificación del desgarramiento perineal, mismo que asentó consistía en uno tipo III-B, así como el posterior tratamiento reparatorio de episiorrafia, pues la quejosa afirmó que “la

residente trató de cerrar la herida ya que me coció y me volvió a descocer dos o tres veces”, lo que ocasionó un puerperio patológico, cuyas consecuencias quedaron asentadas en el apartado correspondiente; además, se destacó la omisión en que incurrieron las y los médicos especialistas titulares, al delegar sus funciones en la citada residente sin supervisarla.

159. Otro elemento más, lo constituye el hecho de que, como lo expuso la experta médica, no se deben realizar intervenciones médicas innecesarias, tales como la episiotomía, entre otras, y que se debe restringir el uso de oxitocina, por lo que en el caso particular, en el expediente clínico de **VD** no quedó asentado en ninguna nota médica el porqué de la necesidad de realizar la episiotomía, así como el uso de la oxitocina, tampoco obra alguna nota médica del porqué con 2 centímetros de dilatación del cérvix y a escaso tiempo de haber ingresado al área de tococirugía, se le tuvo que realizar estos dos tratamientos, aplicación de oxitocina y amniotomía.

160. Atendiendo a los elementos anteriores, es posible determinar que los hechos narrados por **VD** son ciertos, y que el personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, que atendió su proceso de parto desde el día y hora de su ingreso hospitalario, 04 de octubre de 2017, a las 19:00 horas aproximadamente, de inicio, con tan solo 1 hora con 20 minutos de su hospitalización y con apenas 45 minutos de haber pasado al área de tococirugía, le aplicaron oxitocina, y que para las 21:00 horas, es decir, después de 2 horas de haber sido internada en el nosocomio y con 1 hora con 25 minutos de haber sido ingresada al área de tococirugía, le realizaron el procedimiento de la amniotomía, todo ello sin que hubiese quedado asentado el porqué de la necesidad de aplicar dichos procedimientos, cuando contaba con solo 2 centímetros de dilatación, procedimientos que son técnicas de aceleración del proceso de parto; además, no obra constancia de que se haya informado y obtenido el consentimiento previo de la paciente.

VII. 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 no haber tenido calidad en la atención brindada en el Hospital de la Mujer Zacatecana, ello en virtud a que no fue atendida personal médico capacitado, impidiéndole así el pleno ejercicio de sus derechos.

2. En el caso de la agraviada **VD**, el personal de salud que entre el 04 y el 05 de octubre de 2017, atendió el proceso de parto, obstaculizó el pleno goce del derecho a la salud, al permitir que una residente del primer año en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, atendiera el desgarro perineal postparto, lo clasificara como del tipo IIIB y llevara a cabo el tratamiento reparatorio de la episiorrafia, todo ello sin supervisión de la o el titular de la citada especialidad; pues para cumplir con la calidad en el servicio, debió haberse atendido la complicación postparto por personal especializado o, en su defecto, que dicho personal hubiera supervisado el procedimiento de clasificación y tratamiento reparatorio de la episiorrafia, sin que lo uno y lo otro ocurriera, por lo cual **VD** no tuvo un acceso efectivo a su derecho de la salud y, como consecuencia, se tuvo que someter por dos ocasiones más a un proceso quirúrgico, el primero en el propio Hospital de la Mujer Zacatecana, el 17 de octubre siguiente, en donde se realizó la reparación del desgarro perineal IIIC, con técnica de traslape más episiorrafia; así como en el Hospital San Agustín, en donde fue intervenida el 23 de octubre posterior, pues presentaba el diagnóstico de puerperio patológico, con infección de episiorrafia, obstrucción intestinal, probable daño ano-rectal por dehiscencia de reparación de episiotomía y desgarro de 4° grado.

3. Asimismo, queda acreditado que el personal de salud del Hospital de la Mujer Zacatecana, fue omiso en informar y obtener el consentimiento de la paciente, así como dejar asentado en su expediente clínico la necesidad de administrar oxitocina, realizar la amniotomía y ejecutar la maniobra de Kristeller; así como que **VD** fue instrumento didáctico para la Residente del primer

año de Ginecología y Obstetricia de apellido [...], quien no tuvo supervisión del personal especializado en dicha área de la medicina; así como el porqué de la necesidad de realizarle la episiotomía.

VIII. OBSERVACIÓN AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.

1. El 14 de noviembre de 2017, **VD**, acudió ante la Fiscalía General de Justicia del Estado a interponer formal denuncia por los hechos de que fue objeto en el Hospital de la Mujer Zacatecana el 05 de octubre de esa misma anualidad, para lo cual en esa fecha fue recabada y radicada la denuncia penal con el número de carpeta de investigación [...], del índice de la Licenciada **FMP1**, entonces Agente del Ministerio Público adscrita a la Unidad Especializada en Investigación Mixta de la capital, por la probable comisión del delito de responsabilidad médica.
2. El 21 de ese mes y año, la servidora pública solicitó al comandante de la entonces Policía Ministerial, realizara investigación, con la indicación concreta y directa que indagara con el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana que atendió a **VD** a partir de 04 de octubre de 2017 y, en caso de haber un probable partícipe, se recabaran actas de lectura de derechos y de individualización; así como la búsqueda de testigos y, recabar diligencias necesarias para acreditar los elementos del delito.
3. El 22 y 23 de noviembre de 2017, solicitó informe y copias a los directores tanto del Hospital San Agustín, como del Hospital de la Mujer Zacatecana, entre ellos, el expediente clínico y/o estudios realizados a la aquí quejosa el 22 de octubre y 04 de octubre de 2017, respectivamente. Mismos que fueron remitidos el 01 y 05 de diciembre de esa anualidad, tanto por el nosocomio particular, como por el público. El primer expediente consta de 56 fojas, mientras que el segundo de 102 fojas, respectivamente.
4. El 15 de diciembre de 2017, acude la denunciante **VD**, a presentar las facturas de los gastos realizados en el Hospital San Agustín, dejando 29 hojas. Luego regresa el 23 de enero de 2018, a presentar una hoja de referencia y contra referencia expedida por la Secretaría de Salud el 18 de septiembre de 2017.
5. El 23 de enero de 2018, la servidora pública en mención recibió el informe de investigación suscrito por el comandante **PI1**, en conjunto con **PI2** y **PI3**, del que se desprende que recabó actas de los siguientes testigos **T2**, **T1** y **T3**.
6. El 11 de mayo de 2018, la Agente del Ministerio Público solicitó al Doctor **DGSP**, Director del entonces instituto Zacatecano de Ciencias Forenses, se realice dictamen para determinar la responsabilidad médica, en la atención brindada a **VD**, si se incurrió en negligencia o actos de impericia, si se puede determinar si el hecho de no haberle atendido correctamente fue determinante para que la víctima sufriera complicaciones en el esfínter.
7. El 11 de mayo de esa misma anualidad, la servidora pública solicitó al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) realizar un dictamen médico institucional, a efecto de establecer si en la atención médica proporcionada a **VD**, se puede determinar actos de impericia, negligencia o de mala praxis por parte del personal del Hospital de la Mujer Zacatecana. Por lo cual el 08 de junio siguiente, el Licenciado **A1**, Director Jurídico Pericial de la Dirección general de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, mediante el cual le regresa la documentación remitida, pues se hacía necesario recabar estudios que faltan en el expediente, por lo que consideró encontrarse incompleto para poder expedir el dictamen médico institucional solicitado, por lo cual le devolvió 132 fojas.
8. El 13 de junio de 2018, la servidora pública solicitó al Director del Hospital de la Mujer Zacatecana los nombres y domicilios del personal médico y de enfermería que atendieron **VD** con motivo del nacimiento de su bebé el 04 de octubre de 2017. En esa misma fecha, solicitó a

los directores del Hospital San Agustín y del Hospital de la Mujer Zacatecana, remitieran los estudios que solicitó la CONAMED.

9. El 21 de junio de 2018, el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, remitió los nombres del personal médico y de enfermería que brindó atención a **VD** durante su trabajo de parto, siendo un total de 28 personas enlistadas, entre residentes de Ginecología, Ginecólogas y Ginecólogos, Pediatra, Médicos Generales, Anestesiólogos y Enfermeras y Enfermeros.

10. El 22 de junio de 2018, el Doctor **SP24**, Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, remitió informe mediante el cual, hace del conocimiento que no existen imágenes de ultrasonido obstétrico; asimismo, anexó copia del expediente clínico 68 hojas con 102 folios.

11. El 19 de septiembre de 2018, se emitieron los atentos recordatorios dirigidos al entonces Instituto Zacatecano de Ciencias Forenses y al Hospital San Agustín, para la realización del dictamen para determinar responsabilidad médica, así como para que se rinda el informe y se entreguen copias del expediente clínico, respectivamente.

12. Por cuanto hace al personal que atendió a **VD** el 04 de octubre de 2017, fueron citados los días 04, 08, 10, 15, 16, 22, 23, 24, 25 y 31 de octubre de 2018, así como 05, 06 y 28 de noviembre del mismo año. Citando un total de 26 personas de las 28 enlistadas en el informe rendido por el Subdirector Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana.

13. Ahora bien, de las 26 personas citadas, únicamente se ha recabado la comparecencia de 9 trabajadoras y trabajadores de la salud, siendo éstos la Ginecóloga **SP13**, quien fue citada el 08 de octubre de 2018 y compareció el 15 de octubre siguiente. El Ginecólogo **SP14**, cuya cita fue el 15 de octubre de 2018 y comparecencia de 24 de octubre de esa anualidad. La Ginecóloga **SP11**, citada el 15 de octubre de 2018 y compareció el 19 de octubre del mismo año. La pediatra **SP30**, citada el 16 de octubre de 2018 y compareció el 22 de octubre de 2018. Así como las siguientes enfermeras: **SP2**, quien compareció el 29 de octubre de 2018; **SP35** compareció el 30 de octubre de 2018; **SP18** y **SP17**, quienes comparecieron el 05 de noviembre de 2018; finalmente, **SP41** compareció el 14 de diciembre de 2018.

14. Con lo cual se tiene que, del universo de personal médico que atendió a la aquí quejosa **VD** en su parto, únicamente se recabaron las declaraciones de 9 personas, faltando incluso por citar dos de ellas y, por lo que hace a los citatorios para que comparezca el resto del personal, no se le ha dado seguimiento, aun ante sus inasistencias.

15. Luego, este Organismo advierte que la carpeta de investigación quedó sin actividad alguna a partir de la última declaración, rendida el 14 de diciembre de 2018, por la Enfermera **SP41**, pues a partir de esa fecha, no obra actuación alguna, pues lo subsecuente, es una promoción presentada por el Licenciado **FMP3**, representante legal de las Doctoras, **SP13** y **SP11**, quien solicitó copias de todo lo actuado en la carpeta.

16. Así, no es sino hasta el 06 de marzo de 2020, es decir casi 1 año 3 meses, en inactividad total, que se emite una cédula de citación al Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, suscrito por la Licenciada **FMP4**.

17. Con lo anterior este Organismo, no pasa desapercibido que, desde que la aquí quejosa, víctima de violación a sus derechos humanos y denunciante por la probable comisión de un delito ante la Fiscalía General de Justicia del Estado, presentó denuncia el 14 de noviembre de 2017, al inicio se ordenaron investigaciones consecutivas; sin embargo, existen 4 momentos de inactividad, encontrando aquella entre el 23 de enero de 2018 a la del 11 de mayo de ese mismo año, es decir, casi 4 meses; del 22 de junio de 2018 al 19 de septiembre de esa anualidad, es decir, casi 3 meses; del 14 de diciembre de 2018 al 06 de marzo de 2020, casi 1 año 3 meses; y, la ocurrida entre el 06 de marzo de 2020 al 28 de julio de 2020, transcurriendo

más de 4 meses. Por lo que, en total, desde la interposición de la denuncia, a la fecha, existe un periodo de 26 meses, acumulados, de inactividad.

18. Luego, se tiene que la última actuación, la solicitada por la Fiscal del Ministerio Público adscrita a la Unidad Especializada Mixta, Licenciada **FMP4**, se hace consistir en una solicitud al Doctor **DGSP**, Director General de Servicios Periciales, de la Fiscalía General de Justicia del Estado, a fin de que emita un dictamen médico de lesiones, debiendo especificar la naturaleza, tipo y ubicación de las lesiones que presenta **VD**, así como si son lesiones que tardan en sanar más o menos de quince días, si son de las lesiones que ponen en peligro la vida y las consecuencias médico legales, para lo cual remitió copia de la carpeta de investigación. Lo que se traduce en que se está solicitando un dictamen médico de las lesiones que la aquí quejosa denunció desde el 14 de noviembre de 2017, a más de 2 años 8 meses.

19. También se advierte que aun y cuando desde hace más de 2 años (08 de junio de 2018) el Licenciado **A1**, Director Jurídico Pericial de la Dirección general de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), regresó la documentación que le fue enviada a fin de que se emitiera un dictamen médico institucional, lo cual no fue posible porque se hacía necesario recabar documentación faltante como estudios de imagen de TAC Abdomino-pélvica simple y contrastada; fotocopias legibles de "hojas de enfermería"; estudios de imagen de Ultrasonido obstétrico; estudios de Ultrasonido abdominal; estudio de Ultrasonido pélvico solicitado el 18 y 17 de octubre de 2017; expediente clínico de consulta a Uroginecología; expediente clínico de consulta de Coloproctología; expediente clínico de control prenatal; declaraciones del personal médico y de enfermería.

20. Sin que de la carpeta de investigación se desprenda que la autoridad que investiga la probable comisión del delito denunciado por **VD**, se haya abocado a recabar la documentación que le requiere la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), a fin de emitir el dictamen médico institucional, pues no se cuenta aún con la documentación requerida al Hospital San Agustín, solicitada el 15 de junio de 2018 y mediante el atento recordatorio el 19 de septiembre de esa anualidad, sin mayor insistencia.

21. Además que, al ser necesarias las declaraciones del personal médico y de enfermería que atendió a **VD** el 04 de octubre de 2017, siendo un total de 28 personas, de las cuales únicamente se ha citado a 26 y entrevistado a 9, teniendo un avance en ese sentido de 32.14% de las declaraciones.

22. En ese sentido, se hace necesario citar parte del contenido del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde establece la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de "promover, respetar, proteger y garantizar" los derechos humanos, de conformidad con los principios de "universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad", así como la obligación del Estado de "prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos". Esto conlleva que todos los órganos del Estado, en el marco de las atribuciones que le son conferidas por la ley, están obligados a implementar programas tendentes a prevenir violaciones a los derechos humanos y garantizar que sean efectivamente respetados.

23. Entonces, uno de los principios rectores de la actuación de la Fiscalía General, según el artículo 4, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas, vigente a partir del 1º de enero de 2018, es el respeto a los derechos humanos, el cual consiste en que, "en el ámbito de sus competencias, todas las autoridades de la Fiscalía General tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, en los términos previstos por la Constitución, los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos, la Constitución del Estado, este ordenamiento y demás disposiciones aplicables".

24. En ese sentido el derecho que le asiste a **VD** es el acceso a la justicia, el cual ha sido desarrollado por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁵³ como el previsto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, referido a la función jurisdiccional desarrollada por los tribunales, pero también debe entenderse vinculado, particularmente en el caso de la justicia penal, con la investigación y persecución de los delitos, función asignada al Ministerio Público conforme a los artículos 21 y 102, apartado A, constitucionales, pues tal prerrogativa tiene como presupuesto lógico, en una relación de interdependencia, la efectiva investigación de los delitos.

25. La obligación de investigar y perseguir los actos delictuosos debe asumirse por el Estado como una obligación propia y no como un mero trámite, ni su avance debe quedar a la gestión de los particulares afectados o de sus familiares, sino que realmente debe tratarse de una investigación seria, imparcial y efectiva, utilizando todos los medios legales disponibles que permitan la persecución, captura, enjuiciamiento y, en su caso, sanción a los responsables de los hechos, especialmente cuando están involucrados agentes estatales. Ello es así, porque en el respeto a los derechos fundamentales, particularmente los relativos a la vida y a la integridad física, el Estado debe asumir una conducta activa y decidida para prevenir su vulneración, a través de las acciones legislativas, administrativas y judiciales necesarias, además de acometer lo necesario para que, en caso de ser vulnerados, las conductas respectivas puedan ser sancionadas.

26. Entonces, el acceso a la justicia es un derecho fundamental que reconoce el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y constituye la prerrogativa a favor de los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del Estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita.

27. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual precisa, en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: "Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales".

28. En materia penal, debe superarse la práctica de que el acceso a la justicia sólo se le garantice al inculpado, pues también constituye una obligación con respecto a las víctimas de un delito o sus familiares. La CrIDH ha sostenido que: "...las víctimas de violaciones de derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en la procuración del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en la búsqueda de una debida reparación. En este sentido, la Corte ha señalado que... los derechos afectados corresponden a los familiares de la víctima fallecida, quienes son la parte interesada en la búsqueda de justicia..."⁵⁴. En esta tesitura, como bien lo sostiene la Corte, es el Estado quien tiene la obligación de proveerle a la víctima "...los recursos efectivos para garantizarles el acceso a la justicia, la investigación y, en su caso, la eventual sanción de los responsables y la reparación integral de las consecuencias de las violaciones..."⁵⁵.

⁵³ Tesis publicada en la Novena Época del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, en el Tomo XXXIII, Enero de 2011, página 25, con número de registro 163168, de rubro siguiente: "DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA. LA INVESTIGACIÓN Y PERSECUCIÓN DE LOS DELITOS CONSTITUYEN UNA OBLIGACIÓN PROPIA DEL ESTADO QUE DEBE REALIZARSE DE FORMA SERIA, EFICAZ Y EFECTIVA."

⁵⁴ Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana, Sentencia de 24 de octubre de 2012, párr. 199

⁵⁵ Ídem.

29. Por tanto, la institución responsable de la procuración de justicia en la investigación de los hechos denunciados por **VD**, debieron y deben evitar, en todo momento, prácticas tendentes a negar o limitar el referido derecho de acceso a la justicia, realizando una investigación diligente de los hechos, lo que en el presente caso, como se describió en los párrafos precedentes, no ha sucedido.

30. La CrIDH se ha pronunciado insistentemente respecto de la importancia de que las autoridades encargadas de la procuración de justicia lleven a cabo una adecuada investigación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, es así en los casos: Acosta Calderón vs. Ecuador, sentencia de 24 de junio de 2005, y Castillo González y Otros vs. Venezuela, sentencia de 27 de noviembre de 2012, en los que el tribunal internacional explica la necesidad de que las autoridades actúen con diligencia con el objeto de tutelar eficazmente los derechos humanos de víctimas y ofendidos.

31. Por esos motivos, aun y cuando la quejosa no ha presentado queja en contra de las autoridades procuradoras de justicia, esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, no puede dejar de advertir las deficientes e ineficaces actuaciones que obran en la carpeta de investigación [...], mismas que quedaron evidenciadas en los párrafos precedentes, pues estas se administran con diversos criterios, como el emitido en la Recomendación General 14, Sobre los Derechos de las Víctimas de Delitos, por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que estableció que el trabajo de investigación del delito en la averiguación previa, constituye una etapa medular en la fase de procuración de justicia, porque de ésta dependen el ejercicio de la acción penal respecto del probable responsable, o bien, para ubicarlo y lograr la solicitud de la reparación del daño.⁵⁶

32. Se atiende también al similar criterio, sostenido por la CrIDH, en el sentido de que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, “El deber de investigar es una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa.”⁵⁷

33. Finalmente, al artículo 21, párrafo primero y segundo, de la Constitución Federal, que prevé la obligación del Ministerio Público de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de la averiguación previa tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, así como dar seguimiento a las denuncias que se presenten y allegarse de todos los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos.

34. Por lo cual, se recomienda al Fiscal General de Justicia del Estado de Zacatecas Doctor **FRANCISCO JOSÉ MURILLO RUISECO**, para que gire instrucciones a quien corresponda a fin de que la carpeta de investigación (...), actualmente del índice de la Licenciada **FMP4**, Fiscal del Ministerio Público adscrita a la Unidad Especializada Mixta, de Zacatecas, se desahoguen las actuaciones y/o diligencias que se encuentran pendientes de realizar, entre ellas, recabar las declaraciones del restante personal médico y de enfermería que atendió a **VD** en las fechas que estuvo hospitalizada en el Hospital de la Mujer Zacatecana, los días 04 y 05 de octubre de 2017; así como recabar las pruebas documentales que le son requeridas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); se recaben los dictámenes médicos solicitados a un área perteneciente a la misma Fiscalía, como lo es la actual Dirección General de Servicios Periciales, a cargo del Doctor **DGSP**, entre los que se encuentran el dictamen para determinar responsabilidad médica y dictamen médico de lesiones, solicitados el 11 de mayo de 2018 y 28 de julio de 2020, respectivamente. Así como cuanta actuación sea necesaria realizar de manera eficiente, eficaz y oportuna para el esclarecimiento de los hechos denunciados

IX. REPARACIONES.

⁵⁶ CNDH. 27 de marzo de 2007, p. 12

⁵⁷ Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 289.

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 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 una violación a los derechos humanos atribuibles al personal médico y de salud adscrito al Hospital de la Mujer Zacatecana, 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. 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, tiene 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, si no el cumplimiento de una obligación jurídica.

Lo anterior derivado 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.”⁵⁸

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 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 su artículo 1º, último párrafo, 7, fracciones 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 victimizaste 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 dispone que cuando se acredite que hubo violación a un derecho o libertad protegidos, se deberá garantizar la lesionado el goce de su derecho o libertad quebrantados y, además, de ser procedente, se repararán las consecuencias de la medida o situación que se ha configurado la violación a estos derechos, aunado al pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

5. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha establecido que las reparaciones, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las

⁵⁸ Tesis P/LXII/2010, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, novena época, t XXXIII, enero 2011, pág. 28.

violaciones cometidas. Su naturaleza y su monto dependen del daño ocasionado en los planos tanto material como inmaterial⁵⁹.

6. Este doble alcance de la norma reparatoria, ha incidido cada vez con mayor frecuencia en el desarrollo de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dando lugar a una arquitectura preparatoria que tendrá como objetivo, no solo borrar las huellas que en la víctima produjo el actuar del Estado, sino también evitar que ese tipo de hechos se vuelvan a repetir.⁶⁰

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 resituación de las personas afectadas en sus derechos.

Modalidades de la reparación del daño.

1. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero de la Constitución mexicana; y 51 párrafo segundo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Zacatecas, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una o un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I, II y VII, 67, 68, 88 fracción II, 106, 110 fracción IV, 111 y 112 de la Ley General de Víctimas, así como los numerales 1, 2 fracción I, 4, 8 fracciones I, II, VI y VIII, 9, 20 fracción II, 40 fracción IV inciso c), 42 y 85 de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, se deberá reparar integralmente el daño a **VD**, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

2. En tal sentido, **VD** adquiere la calidad de víctima directa, en virtud de haber sufrido el daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, ya que con motivo de los hechos se propició un indudable impacto en su esfera física, psicosocial, económica y posibles alteraciones en el entorno y vida familiar, generadas a partir del caso analizado en el presente pronunciamiento, por lo que debe ser inscrita para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, en el Registro Estatal de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

1. La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos, por lo que, a efecto de dar cumplimiento a la Recomendación, será necesario que la Secretaría de Salud cumpla con las obligaciones establecidas en la Ley General de Víctimas y Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, considerando los estándares de la jurisprudencia internacional de los derechos humanos establecidos para reducir los padecimientos físico y psicológicos de la agraviada, a través del otorgamiento de servicios de atención médica y psicológica especializados que ésta requiera.

2. En ese sentido, la Secretaría de Salud deberá proveer y garantizar se otorgue a **VD** la atención médica y psicológica que requiera hasta que alcance su máxima recuperación física, psíquica y emocional posible. Debiendo atender al criterio médico que afirma ser necesario

⁵⁹ Corte 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.

⁶⁰ 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.

realizar en la víctima directa un ultrasonido endoanal con reconstrucción y manometría anal, para detectar secuelas de daño esfinteriano a largo plazo.

3. Las medidas descritas deberán ser proporcionadas por personal profesional especializado, de forma inmediata y continua a través de atención adecuada, inclusiva, atendiendo a su edad, sus especificidades de género y considerando los avances de la ciencia médica que puedan beneficiarle, por el tiempo que resulte necesario y en un lugar accesible, con su previo consentimiento, proporcionando información previa, clara y suficiente.

b) Medidas de satisfacción.

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

2. Por lo expuesto, para tener por cumplidas las medidas de satisfacción, la Secretaría de Salud deberá colaborar y facilitar la investigación que la Fiscalía General de Justicia del Estado realiza, en la carpeta única (...), para lo cual deberá dar cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

3. Este Organismo considera que la autoridad a quien va dirigida la presente Recomendación, debe iniciar los procedimientos administrativos internos a que haya lugar, en contra de las y los servidores públicos que atendieron el parto de **VD**, y vulneraron sus derechos humanos, siendo éstos los residentes de Ginecología **SP25, SP8, SP7 y SP29**; Médicos Ginecólogos **SP13, SP26, SP28, SP14, SP11**; así como la Pediatra **SP30**; los Médicos Generales **SP31, SP32**; el Anestesiólogo **SP33**; enfermeras **SP2, SP34, SP35, SP18, SP17, SP20, SP37, SP9, SP38, SP39, SP40, SP41, SP42, SP49, SP36**, debiendo incorporar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de cada uno de ellos, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en que participaron.

c) Medidas de no repetición.

1. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas, así como de cualquier otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

2. La Secretaría de Salud deberá implementar programas de capacitación en el Hospital de la Mujer Zacatecana, dirigidos al personal médico adscrito, a médicos residentes y de pregrado, sobre el derecho a la protección de la salud materno infantil; conocimiento, manejo y observancia de las normas y lineamientos existentes en materia de atención y supervisión del embarazo, parto y puerperio, así como respecto del registro de datos e integración de documentos para la adecuada conformación del expediente clínico y su debido llenado y, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, específicamente en cuanto a su derecho a no ser objeto de violencia obstétrica.

3. Los cursos señalados deberán estar dirigidos al personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud, con el objetivo de prevenir hechos similares a los relatados en la presente Recomendación, los que deberán impartirse por personal certificado, calificado y con experiencia comprobada en derechos humanos; de igual forma, con el objetivo de que los cursos puedan ser consultados con facilidad, éstos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas la documentación que acredite que se impartieron los citados cursos.

4. Asimismo, deberá emitirse una circular, dirigida al personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, en la que se les exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas, para que se garantice que, el servicio que brinden sea adecuado y profesional, de forma tal que, en casos

similares al presente, actúen de manera diligente, garantizando de manera efectiva el derecho de las mujeres a la salud.

5. 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 de salud de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente, que no ponga en riesgo su salud. Para lo anterior, el Secretario de Salud de Zacatecas, en conjunto con el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, deberán diseñar e implementar mecanismos que garanticen la supervisión de los médicos residentes y de pregrado, adscritos a dicho nosocomio, en el desarrollo de sus actividades diarias; de forma tal, que cuenten con una vigilancia que les permita una formación apropiada, al tiempo que asegure que, la atención que se brinde a las usuarias contribuya al efectivo ejercicio de su derecho a la protección de la salud.

6. El Secretario de Salud de Zacatecas, en coordinación con el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, deberán realizar las gestiones necesarias para asegurar que se cuente con el personal médico especializado que se requiera en el área de ginecología y obstetricia, a fin de que no se deje la atención de las pacientes y usuarias de éste, en manos de médicos residentes e internos de pregrados, que se encuentran en fase de adiestramiento; por lo que no pueden desarrollar sus funciones sin la debida supervisión médica de un especialista.

e) Medidas de indemnización.

1. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Ésta busca reparar los perjuicios económicamente valiables, 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, etc.

2. Por lo anterior, en el caso motivo de la presente Recomendación, es procedente el pago de una indemnización por los daños físicos y psicológicos que se le causaron a la agraviada. Para tal efecto, en términos de los artículos 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 la protección integral de la salud, relacionada con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el puerperio, y al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en su modalidad de no ser objeto de violencia obstétrica, 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, a fin de que tenga acceso a los servicios y al Fondo de Atención previsto en dicha Ley, con la finalidad de que se le otorgue una indemnización a **VD**. En la cual, se deberán incluir los gastos médicos que la víctima pagó en el Hospital San Agustín.

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

4. Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Biopsicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en la víctima: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a la condición de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención

para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

X. 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. En un plazo no mayor a treinta días naturales, posteriores a la notificación de esta Recomendación, se inscriba en el Registro Estatal de Víctimas a **VD**, en calidad de víctima directa de violaciones a sus derechos humanos en que incurrió el personal del Hospital de la Mujer Zacatecana. Asimismo, dentro del plazo máximo de un año, contado a partir de la notificación de la presente Recomendación, se garantice su acceso oportuno al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, a efecto de que se realice la indemnización correspondiente, conforme a los parámetros establecidos en el apartado anterior; debiendo remitir a este Organismo protector de Derechos Humanos, las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Dentro de un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el Secretario de Salud de Zacatecas, conjuntamente con el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, implementen medidas a efecto de que el Departamento de Enseñanza, garantice la tutela de los médicos residentes y médicos internos en pregrado, que se encuentran en fase de adiestramiento, en el Hospital de la Mujer Zacatecana correspondiente a la Secretaría de Salud, a fin de que se supervise el desarrollo y aprendizaje de los médicos residentes y se evalúe el desempeño de los profesores que participan con ellos en la residencia médica. Asimismo, se supervise que permanentemente cuenten con la asesoría y supervisión de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de sus actividades diarias y de las guardias y se cumpla con las Normas oficiales Mexicanas NOM-090-SSA1-1994, relativa a la organización y Funcionamiento de Residencias Médicas; NOM-001-SSA3-2012 Educación en Salud; NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

TERCERA. Dentro del plazo máximo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen las gestiones necesarias para que se adopten las medidas presupuestales que se requieran para garantizar que, en el Hospital de la Mujer Zacatecana, se cuente con titulares en el área de Ginecología, que cubran todos los turnos existentes, y supervisen, de manera continua, a las y los residentes de Ginecología, para evitar violaciones a derechos humanos como los analizados en el presente instrumento Recomendatorio; de forma que así, se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de las usuarias, con calidad y eficiencia, debiendo enviar a este Organismo defensor de los Derechos Humanos las constancias de su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir, en el término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un programa de capacitación dirigido al personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, en materia de: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, como son la NOM-090-SSA1-1994, relativa a la organización y Funcionamiento de Residencias Médicas; NOM-001-SSA3-2012 Educación en Salud; NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida; NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico; y c) sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, específicamente en cuanto a la violencia obstétrica. Debiendo remitir a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Dentro de un plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se inicien los procedimientos administrativos a que haya lugar, en contra de las y los servidores públicos que vulneraron los derechos humanos de **VD**, y se incorpore copia de la presente Recomendación en los sus expedientes laborales, para que obre constancia de las violaciones a derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. De manera inmediata, la Secretaría de Salud, coadyuve con la Fiscalía General de Justicia del Estado en la investigación y seguimiento de la denuncia presentada, en contra de las y los servidores públicos involucrados.

SÉPTIMA. Dentro de un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la aceptación de esta Recomendación, el Secretario de Salud de Zacatecas, conjuntamente con el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, implementen una campaña de sensibilización y se realice un plan estratégico, dirigido a los médicos especializados adscritos, médicos residentes becarios, médicos internos de pregrado, así como al personal de enfermería, a fin de que el personal médico adscrito realice la supervisión de las acciones médicas brindadas por los médicos residentes e internos de pregrado a las pacientes y usuarias de esa Institución de Salud, y para que éstos últimos informen a sus pacientes el porqué la necesidad de realizar procedimientos tales como la episiotomía, debiendo obtener para tal efecto, previamente el consentimiento informado y, en su caso, se clasifiquen correctamente los desgarros y se diseñen los planes de estudio complementarios o tratamientos reparatorios de la episiorrafia; así como para que dicho personal realice de manera puntual y adecuada el registro de todos los datos y la incorporación de documentos que conforman el expediente clínico de las usuarias, conforme a la observancia de las Normas Oficiales y Normatividad de la Salud, citadas, garantizando con ello un adecuado proceso de parto y puerperio .

OCTAVA. Se recomienda al Fiscal General de Justicia del Estado de Zacatecas Doctor **FRANCISCO JOSÉ MURILLO RUISECO**, para que gire instrucciones a quien corresponda a fin de que en la carpeta de investigación [...], se desahoguen las actuaciones y/o diligencias que se encuentran pendientes de realizar, entre ellas, recabar las declaraciones del restante personal médico y de enfermería que atendió a **VD** en el Hospital de la Mujer Zacatecana, el 04 y 05 de octubre de 2017; así como recabar las pruebas documentales que requiere la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a fin de emitir el dictamen médico institucional; se recaben los dictámenes médicos solicitados a la Dirección General de Servicios Periciales, entre los que se encuentran el dictamen para determinar responsabilidad médica y dictamen médico de lesiones; además de cuanta actuación sea necesaria realizar de manera eficiente, eficaz y oportuna para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

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**

c.c.p. Titular de la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas del Estado de Zacatecas. Para su conocimiento e inicio del expediente correspondiente.

c.c.p. M. en D.H. Argelia Alejandra Rodríguez Ayala, Coordinadora General de Asuntos Jurídicos, para su conocimiento.

c.c.p. Archivo.