

Recomendación 32/2019  
Guadalajara, Jalisco, 28 de octubre de 2019  
Asunto: violación del derecho a la legalidad con relación al  
derecho a la libertad y autonomía reproductiva,  
y a una vida libre de violencia obstétrica

Queja 3214-2018-I

Director General del Organismo Público  
Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara<sup>1</sup>

- I. Con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o párrafos primero, segundo, tercero, cuarto y quinto de la Constitución Política del Estado de Jalisco, 3, 4, 7, 49, 70 y 73 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, 6 párrafo primero, 11, 43, 78, 109 y 119 de su Reglamento Interno, la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco es la instancia competente para conocer de quejas por presuntas violaciones de derechos humanos cometidas por autoridades o servidores públicos del Estado de Jalisco, así como para emitir medidas precautorias y cautelares, conciliaciones y recomendaciones en contra de estos servidores públicos o autoridades en los términos de la ley.
  
- II. Así, con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en las versiones públicas de las recomendaciones, conciliaciones, así como de las medidas precautorias y cautelares emitidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos, esto de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84° y 85 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco; 4.1 fracciones V y VI, 20.1, 21, 25 fracción XV, 26.1 fracción IV y 60 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de

---

<sup>1</sup> La presente Recomendación se refiere a hechos ocurridos en la anterior administración, pero se dirige a la actual autoridad atendiendo a la responsabilidad institucional que subsiste al margen de quienes ejerzan los cargos públicos, ya que el deber de reparar integralmente el daño es de los Estados y sus gobiernos.

Jalisco y sus Municipios, así como los artículos 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

- III. Para una mejor comprensión de las versiones públicas, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, y en lo referente a las diversas instituciones y ordenamientos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse son los siguientes:

Nombre	Acrónimo
Víctima de Violación	(V)

#### Síntesis

*En agosto de 2017, (V) fue víctima de violación de su derecho a la libertad y autonomía reproductiva y violencia obstétrica, debido a que un médico del Hospital Civil Doctor Juan I. Menchaca, durante la práctica de la cirugía cesárea, le realizó oclusión tubaria bilateral (otb) sin que ella diera su legal consentimiento para ello, lo que le provocó la imposibilidad de que volviera a embarazarse de forma natural, menoscabando también su derecho a la información y al consentimiento informado en servicios de anticoncepción.*

## Índice

I.	Antecedentes y hechos.....	3
II.	Evidencias.....	11
III.	Fundamentación y motivación.....	11
	1. Competencia.....	11
	2. Planteamiento inicial del problema.....	12
	2.1 Hipótesis.....	13
	3. Estándar legal mínimo	
	3.1 Principios que deben guiar a los profesionales de la salud.....	13
	3.1.1 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos.....	15
	3.1.2 Principios especiales para la atención de ginecología y obstetricia.....	17
	3.2 La obligación de garantizar el derecho a la salud.....	18
	3.2.1 La obligación general de garantizar la salud.....	18
	3.2.1 La obligación de garantizar la salud obstétrica.....	18
	3.2.2 La obligación de garantizar el derecho a la libertad y autonomía reproductiva.....	18
	3.2.2.1 De la violencia institucional.....	21
	3.2.2.2 De la violencia obstétrica.....	22
	4. Análisis normativo del caso.....	26
	4.1 Desarrollo de las hipótesis.....	26
	4.1.1 Primera hipótesis.....	26
	4.1.2 Segunda hipótesis.....	27
	4.2 De los derechos humanos violados.....	30
	4.2.1 Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública.....	30
	4.2.2 Derecho a la protección de la salud.....	32
	4.2.3 Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.....	37
	4.2.4 Derecho a la libertad y autonomía reproductiva, en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción.....	39
	4.2.5 Derecho a la integridad personal.....	41
V.	Del reconocimiento de calidad de víctima y reparación integral del daño	
	1. Reconocimiento de calidad de víctima.....	42
	2. Reparación integral de daño.....	42
VI.	Conclusiones, peticiones y recomendaciones	
	1. Conclusiones.....	47
	2. Recomendaciones.....	48
	3. Peticiones.....	49

## I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 28 de marzo de 2018, (V) se presentó ante esta Comisión para inconformarse en contra de quien resultara responsable, dentro del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca (HCDJIM), pues consideró que, por la forma de actuar y como fue tratada, incurrieron en violaciones de sus derechos humanos, con base en la siguiente narración de hechos:

[...]

Que hace aproximadamente 7 meses acudí al Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca para que naciera mi bebé. Al día siguiente de que me alivié, pasó a visita un médico del cual desconozco su nombre y me dijo que, por un error involuntario, me habían efectuado una operación para ya no tener hijos sin mi consentimiento, explicándome dicho doctor que fue un error y que me cortaron las trompas de Falopio. Acudo hasta este momento a interponer la queja porque me puse muy mal de los nervios y no sabía qué hacer; motivo por el cual, solicito a este organismo que investigue en relación a los hechos y se me indemnice por tal error, ya que dicha operación es irreversible.

[...]

2. El 4 de abril de 2018 se solicitó al entonces director general del HCDJIM que, en colaboración y auxilio con esta Comisión, rindiera información en la que precisara los antecedentes, fundamentos y motivaciones de los hechos reclamados por la inconforme.

3. El 15 de mayo de 2018 se recibió el oficio CGJ/3100/2018, signado por el apoderado legal del OPD Hospital Civil de Guadalajara, al que anexó el informe que rindió el médico involucrado, Luis Javier López Aceves, especialista A, adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia de la Unidad Hospitalaria Nuevo HCDJIM, el cual rindió en los siguientes términos:

[...]

En primer lugar y de manera rotunda quiero manifestar que mi participación es adecuada, toda vez que se actuó apegado a la Lex Artis Médica que rige mi profesión y se veló por la salud de la paciente (V) , sin que en ningún momento se haya violentado algún derecho humano.

Se trata de paciente con embarazo de alto riesgo por presentar diabetes gestacional y placenta previa total, la cual se encontraba en seguimiento por el Servicio de Medicina Materno Fetal ya que estas dos condiciones se relacionan con complicaciones durante el embarazo como son hemorragia, muerte del producto y de la madre.

El día 17 de agosto de 2017 se hospitaliza en el turno matutino para interrupción quirúrgica del embarazo con los siguientes diagnósticos:

1. Embarazo de término con 38 semanas de gestación
2. Placenta previa total
3. Diabetes gestacional A2
4. Oligohidramnios leve

Se realizó cesárea programada durante la cual se presentaron distintas complicaciones, se tuvo que realizar una incisión en la parte superior de útero, lo cual no es lo usual ya que la placenta presentaba una mala posición ubicándose en la parte inferior, se obtuvo producto sin complicaciones, sin embargo la paciente presentó sangrado profuso y atonía uterina que no se corrigió con medicamentos, por lo que se requirió realizar ligadura bilateral de arterias hipogástricas, lo cual es un procedimiento de alto riesgo y se usa en caso de extrema necesidad, cabe señalar que la paciente ya contaba con paridad satisfecha, que durante la cirugía se presentaron complicaciones que ponían en riesgo la vida y el útero de la paciente, y que todas estas se atendieron de manera inmediata y con éxito, además que se tomaron las medidas necesarias para evitar complicaciones posteriores que pudieran tener un desenlace fatal, ya que el riesgo de recurrencia de placenta previa es alto, además que por el tipo de incisión que se tuvo que realizar el riesgo de ruptura uterina es muy alto.

Lo manifestado, fue la única intervención que el suscrito realice a la paciente, y de ello se puede apreciar que no existe ninguna omisión, ya que mi intervención fue adecuada y apegada a la condición clínica que presentaba la paciente y la Lex artis que rige mi profesión.

Por lo que esta H. Comisión debe considerar, al momento de emitir la resolución correspondiente, que no he transgredido derecho humano alguno de la paciente ni de ninguna otra persona, a quien jamás se le negó la atención, ni mucho menos, se actuó de forma negligente, ni con error, dolo, mala fe o mala praxis en materia médica, por el contrario, siempre cumplí y he cumplido en todo momento con los protocolos médicos para salvaguardar la salud de la paciente.

En tales consideraciones, niego rotundamente cualquier responsabilidad que obre en mi contra, o hechos que, en lo particular, se me pretendan imputar, desconociendo el motivo por el cual, la ahora quejosa, pretende generar un perjuicio a mi persona, cuando en todo momento se actuó conforme a los protocolos médicos.

Debido a lo anterior, y toda vez que es evidente la no responsabilidad del suscrito, por lo expuesto en líneas que anteceden, en este momento solicito a esta H. Comisión que, una vez analizadas las constancias de la presente queja y adminiculadas con las documentales que obran en el expediente, así como realizadas todas las investigaciones procedentes en el presente asunto, se determine que no existió ninguna violación a los derechos humanos de la paciente, así como la no responsabilidad de mi parte, por lo que a estos hechos se refieren.

[...]

5. El 18 de mayo de 2018 se elaboró la opinión de la médica adscrita a esta Comisión, Ana Isabel Neri Alonso, en la cual asentó lo siguiente:

[...]

Se obtienen las siguientes observaciones:

Es de gran utilidad conocer los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente, para poder determinar el tipo de tratamiento o técnica quirúrgica urgente más conservadora con mínima invasión, pero sobre todo el resguardar la vida de la paciente, al igual tampoco se mencionó en el informe médico si fueron ligadas también las arterias ováricas, solo menciona que fueron ligadas las arterias hipogástricas, por lo que sería conveniente descartar si la paciente efectivamente presenta infertilidad.

Aunque este tipo de técnica empleada es precisamente para evitar que la paciente presente un shock hipovolémico por la pérdida profusa de sangre, respetando no retirar el útero

Conclusión:

La hemorragia postparto es una verdadera urgencia y como tal debe ser enfocada y tratada.

La actuación debe ser rápida, lógica y reglada

El retraso en iniciar el tratamiento de la hemorragia postparto es la principal causa de resultados adversos.

Dadas las variantes en el manejo de la hemorragia postparto la actuación debe estar protocolizada.

No hay una evidencia clara de que un método de manejo de la hemorragia postparto sea mejor que otro.

Aspectos inherentes al presente caso:

El carácter poco a nada previsible de estos síndromes hemorrágicos, así como la rapidez con la que se desarrollan, hacen que su tratamiento sea complejo. Las medidas deben tomarse con rapidez y de manera multidisciplinaria a partir de la estrecha

colaboración entre los especialistas en anestesia y reanimación, obstetricia y radiología intervencionalista. Se basa en el tratamiento simultáneo de la causa de la hemorragia y de sus consecuencias, en especial en términos hemodinámicos y hemostáticos. La anestesia de las pacientes que sufren un shock hemorrágico también tiene algunas características específicas, sobre todo en lo relativo al síndrome hemorrágico.

[...]

6. El 28 de mayo de 2018 se admitió la queja y se solicitó al director del HCDJIM que remitiera copia certificada del expediente clínico de la paciente (V) .

7. El 8 de junio de 2018 se elaboró constancia telefónica de la aquí agraviada (V) , quien manifestó que días antes se había presentado en las oficinas del área jurídica del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde a petición del personal del jurídico de dicho hospital, para ver de qué forma se le daría solución a su inconformidad. Dijo que estando en esas oficinas, se encontraba un licenciado de nombre Omar, quien le pidió que llamara a su abogado para llegar a un acuerdo, pues de lo contrario se verían en la Camejal, y que ellos no podían ofrecer nada con relación a su problema. Manifestó la quejosa que era su deseo que la indemnizaran por el daño que le causaron en el HCDJIM, que ella nunca firmó, ni solicitó que le practicaran una cirugía cortándole las trompas de Falopio.

8. El 20 de junio de 2018 se recibió el oficio CGJ/3962/2016, signado por el apoderado legal del OPD Hospital Civil de Guadalajara, mediante el que anexó copia certificada del expediente clínico 17/20424 de (V) , del que destaca lo siguiente:

- a) Recibo de pago número 186716 del 21 de agosto de 2017, expedido por el HCDJIM, a nombre de (V) , a quien se le cobró la cantidad, seis mil pesos por concepto de parto cesárea (incluye dos días de hospitalización) y salpingoclasia por laparoscopia OTB.
- b) Carta consentimiento bajo información para cesárea y hospitalización del 17 de agosto de 2017, por el que el médico José Flores Ramírez diagnosticó embarazo de 38 SDG, diabetes gestacional A2, oligohidramnios leve, placenta previa total, de predominio posterior sin datos de acretismo. El acto médico que se le propuso fue cesárea y se le explicó que los riesgos de la misma era lesión al intestino, vías urinarias,

nervios u otros órganos cercanos a la matriz; lesión al bebé; sangrado abundante de la mamá; infección de la mamá o el bebé; si el doctor hace un corte vertical en la matriz los siguientes bebés deben nacer por cesárea; la realización de la segunda cesárea tiene más riesgo, este riesgo aumenta con cada cesárea; realización de histerectomía (quitar la matriz); reacción alérgica a los medicamentos; que se abra parcial o totalmente la herida, hernia en la cicatriz. Asimismo, se anotó la siguiente leyenda: “Me han facilitado esta carta informativa donde me explican con lenguaje claro y sencillo el significado del procedimiento y sus riesgos, así como la posibilidad de contingencias o urgencias. He tenido la oportunidad de formular preguntas y se han aclarado todas mis dudas. Entiendo que si las circunstancias lo permiten seré (mos) informado (s) de todo lo relevante al proceso de mi atención. Me han informado que en cualquier momento antes de iniciar el acto médico puedo revocar mi consentimiento. Por ello, declaro estar debidamente informada y consiento en que el personal de este hospital me realice el acto médico propuesto CESÁREA”.

- c) Consentimiento informado de la división de anestesiología del 17 de agosto de 2017, en el que se asentó que para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico llamado cesárea, la inconforme aceptó anestesia tipo neuroaxial en carácter urgente.
- d) Nota quirúrgica de cesárea del 17 de agosto de 2017 a las 20:02, elaborada por el médico aquí involucrado Luis Javier López Aceves, en la que asentó que el diagnóstico preoperatorio de (V) era embarazo confirmado; como observaciones anotó embarazo de 38 semanas de gestación + diabetes gestacional A2 + placenta previa total. En el plan quirúrgico y tipo de intervención estableció cesárea corporal + OTB; en cuidados y plan preoperatorio estableció el protocolo pre quirúrgico. Nota posoperatoria del 17 de agosto de 2017, en la que se anotó que el tiempo operatorio fue de una hora; se estableció como diagnóstico posoperatorio: cesárea clásica; operación planeada; cesárea corporal + OTB; operación realizada: cesárea fundica + ligadura de hipogástricas + OTB. En descripción de la técnica quirúrgica se estableció: Paciente bajo bloqueo peridural previa aspesia y anestesia sonde vesical se incide piel media infraumbilical se disecciona por planos hasta cavidad abdomino peritoneal se exterioriza útero, se realiza histeretomía fundica se extrae RN pélvico se realiza alumbramiento DFE placenta completo, se realiza histerorrafia en 2 planos con monocryl 1-0, se encuentra con atonía



uterina, se da masaje uterino, se pasa carbetocina, continúa hipotónico, se disecciona peritoneo posterior, se procede a ligadura de hipogástricas bilateral con seda 0, se verifica hemostasia, se realiza frimbectomía bilateral con crómico 1-0 se verifica hemostasia, se procede a cierre por planos hasta piel. En hallazgos transoperatorios y otros que puedan tener importancia para el paciente se anotó: se electrocoagula en pared posterior del lado derecho; incidentes y accidentes: ninguno; en sangrado: 400 mililitros; Estado postquirúrgico inmediato: Estable.

- e) Nota de evolución del 18 de agosto de 2018, elaborada a las 11:36 horas por el médico aquí involucrado, en la que asentó que se trataba de paciente de 39 años de edad, gesta 5, partos 4, cesárea 1, que cursaba con diagnóstico de post quirúrgica de cesárea tipo fundica + ligadura de arterias hipogástricas + otb. Mencionó que la paciente en ese momento se encontraba asintomática. Anotó que se le comentó a la paciente que se realizó salpingoclasia (frimbecomía bilateral) durante la cirugía, debido a que se pensó que se había consentido el procedimiento, sin embargo, la paciente refirió ese día que no fue así. Se le informó a la Jefatura de Obstetricia de la situación, motivo por el que se acude a informarle a la paciente que se realizó el método de planificación definitivo, se le explicaron los riesgos de intentar un nuevo embarazo inherentes a la multiparidad y al tipo de (ilegible) como son rotura de membrana placentaria y nuevamente placenta previa, lo que condicionaba al muy alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Refirió ella que prefería otro método de planificación definitiva (vasectomía). Se le explicó que la efectividad para evitar un nuevo embarazo cuando se le compara con salpingoclasia es similar [...]
- f) Resumen clínico de alta y nota de egreso del 21 de agosto de 2017, en la que se anotó en hallazgos relevantes y resumen de la evolución: “Se ingresa a la paciente (V) de 39 años, gesta 5 partos 4 cesárea 1 con embarazo de término y placenta previa total. Se realiza cesárea fúndica obteniéndose recién nacido único sin complicaciones aparentes. Diagnóstico de diabetes gestacional en el último trimestre de embarazo tratada parcialmente con insulino terapia y posterior con dieta por decisión de la paciente. Durante su estadía en puerperio se encuentra estable hemodinámicamente con control metabólico a base de dieta hipocalórica. Actualmente asintomática, tolera vía oral. Micciones y evacuaciones presentes. Compromiso de abdomen globoso a expensas de útero en adecuada involución y panículo adiposo, herida quirúrgica tipo

media infraumbilical afrontada sin sangrado ni datos de infección. Líquidos escasos no fétidos. Miembros inferiores sin edema. Se da de alta por mejoría y estabilidad hemodinámica con cita a puerperio de alto riesgo con laboratoriales de control”. En anticoncepción post evento obstétrico se anotó OTB salpingoclasia.

9. El 22 de junio de 2018 se solicitó dictamen de responsabilidad médica a una perita adscrita a esta institución, sobre la atención que recibió la paciente (V) en el HCDJIM.

10. El 28 de junio de 2018 se elaboró constancia, por la que se dio fe de la llamada que hizo la quejosa (V) , quien refirió haber enviado por correo electrónico a la dirección de la Primera Visitaduría General diversas fotografías que le tomó a las anotaciones realizadas al expediente clínico que se le formó cuando estuvo hospitalizada en el HCDJIM, las cuales fueron un total de once impresiones, mismas que fueron descritas en el punto 7 de este apartado. La inconforme también informó que a la brevedad presentaría un escrito con sus manifestaciones respecto al dicho del médico involucrado.

11. El 27 de junio de 2018 se recibió el escrito por el que el médico involucrado ofreció como prueba la documental consistente en el expediente clínico de la paciente (V) , la instrumental de actuaciones y la presuncional legal y humana.

12. El 17 de septiembre de 2018 se solicitó en segunda ocasión a la maestra Irma Patricia Jiménez Pulido, entonces prestadora de servicios de este organismo, la emisión de dictamen de responsabilidad médica sobre la atención que recibió la agraviada (V) en el HCDJIM.

13. El 30 de octubre de 2018 se abrió periodo probatorio para la inconforme (V) y para el médico involucrado, con el fin de que ofrecieran las pruebas que tuvieran para demostrar sus respectivas afirmaciones.

14. El 22 de noviembre de 2018 se recibió el oficio CGJ/8512/2018 suscrito por el jefe del Departamento Jurídico del OPD Hospital Civil de Guadalajara, por el que pidió una prórroga de 10 días para que el médico involucrado Luis Javier López Aceves rindiera las pruebas que tenía para ofrecer.

15. El 6 de diciembre de 2018 se recibió el escrito de pruebas que ofreció el médico involucrado, las cuales se hicieron consistir en las que se describieron en el punto 10 de este apartado.

16. El 8 de febrero de 2019 se elaboró constancia de la llamada telefónica que hizo a la quejosa, con el fin de que realizara sus manifestaciones con relación al informe rendido por el médico involucrado.

17. El 30 de abril de 2019 se solicitó valoración psicológica al encargado del Área de Psicología de esta CEDHJ, con el fin de conocer el estado psicológico de la inconforme (V) .

18. El 9 de mayo de 2019 se elaboró constancia de la llamada telefónica que se sostuvo con el encargado del Área de Psicología de este organismo, por el que informó que la cita más próxima para entrevistar a la inconforme y realizarle la valoración psicológica a (V) era el 5 de agosto de 2019.

19. El 14 de junio de 2019 se solicitó la colaboración y auxilio del cuarto visitador general de esta defensoría, con el fin de que realizara las gestiones necesarias para de que la maestra en psicología forense Laura Leticia de los Dolores Rincón Salas, adscrita a esa visitaduría, realizara valoración psicológica a la agraviada.

20. El 27 de junio de 2019 se recibió el oficio CVG/218/2019-IV que signó la maestra en psicología forense de este organismo, cuyo contenido es la valoración psicológica elaborada en favor de la aquí agraviada, en la que concluyó que, derivado de la entrevista y pruebas psicométricas, la señora (V) no presentó síntomas de ansiedad o depresión que se manifestaran al narrar los hechos al momento de su evaluación y que fueron advertidas como motivo de origen de la presente queja.

21. El 2 de julio se ordenó la cancelación de la valoración psicológica solicitada al encargado del área de psicología de este organismo, debido a que ya había sido practicada por personal adscrito a la Cuarta Visitaduría General.

22. El 8 de agosto de 2019 se ordenó el cierre de instrucción de la inconformidad.

23. El 18 de septiembre de 2019 se elaboró constancia del análisis del expediente clínico de (V) , en la que se destacó que la otb practicada a la agraviada, estaba planeada antes de que se practicara la cesárea.

## II. EVIDENCIAS

1. Instrumental de actuaciones, consistente en la queja que por comparecencia presentó (V) a su favor, en contra del personal de salud que le realizó la cirugía de oclusión tubaria bilateral sin su consentimiento el 17 de agosto de 2017 en el HCDJIM, descrita en el punto 1 del apartado de Antecedentes y hechos.

2. Documental consistente en los informes de ley rendidos a este organismo por el médico Luis Javier López Aceves, descrito en el punto 3 del apartado de Antecedentes y hechos.

3. Documental consistente en copia certificada del expediente médico 17/20424, de (V) , el cual se encuentra detallado en el punto 7 de Antecedentes y hechos.

4. Documental consistente en la opinión médica suscrita por la doctora Ana Isabel Neri Alonso, médica adscrita a esta Comisión, relativo a la atención que recibió la paciente Érika Guadalupe Orozco López, cuyas conclusiones se anotaron en el punto 5 de Antecedentes y Hechos.

5. Documental consistente en la valoración psicológica elaborada en favor de la aquí agraviada por una perita en psicología forense adscrita a esta CEDHJ, cuya conclusión fue anotada en el punto 19 de Antecedentes y hechos.

6. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias de notificación y los acuerdos dictados en el expediente de queja.

## III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

### *1. Competencia*

La CEDHJ tiene como finalidad esencial la defensa, protección, estudio y divulgación de los derechos humanos. Sus principios de actuación se encuentran previstos en los artículos 1º, 3º, tercer párrafo; 4º, primer párrafo; 5º, primer párrafo; 12, 14, segundo párrafo; 16, primer párrafo; 17, párrafos segundo y sexto; 25, primer párrafo; 109, primer párrafo; fracciones II y III párrafo

segundo; 102, apartado B, y 123, apartado B, fracción XIII, todos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10, de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1°, 2°, 3°, 4°, 7°, fracción XXV, 28, fracción III, 72, 73, 75 y 79, de la Ley de la CEDHJ; así como 109, 120 y 121 de su Reglamento Interior, así como en la atribución de la observancia a las políticas de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y de igualdad, contempladas en el artículo 7 fracción VI de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, artículo, 35 de la Ley Estatal de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y artículo 81 de la Ley Estatal de Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Por ello, la CEDHJ es competente para conocer los hechos investigados y denunciados por la peticionaria (V) a su favor, en contra de quien resulte responsable dentro del HCDJIM, ya que sin su consentimiento le realizaron ligadura bilateral de las trompas uterinas mientras le practicaban la cirugía cesárea, lo que provocó la imposibilidad de que se embarazara naturalmente. Del análisis de los hechos, así como de las pruebas y observaciones que integran el expediente, esta defensoría pública determina que fueron violados en perjuicio de (V) el derecho a la legalidad en relación con el debido cumplimiento de la función pública, derecho a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el libre consentimiento informado, el derecho a la integridad, y el derecho a una vida libre de violencia.

## *2. Planteamiento inicial del problema*

(V) se inconformó ante esta Comisión en contra del personal de salud del HCDJIM, ya que el 17 de agosto de 2017 acudió a dicho lugar para que naciera su bebé. Al día siguiente pasó a visita un médico, quien le dijo que por un error involuntario le habían efectuado una operación para ya no tener más hijos, lo cual realizaron sin su consentimiento. Dicho médico le dijo que fue un error y que le cortó las trompas de Falopio, lo cual la puso muy mal de los nervios.

### *2.1 Hipótesis*

En el presente caso, la primera hipótesis a dilucidar es si los médicos a cargo de la atención de (V) , efectivamente, le realizaron la oclusión tubaria bilateral; la segunda, que, de haberse practicado tal procedimiento quirúrgico, el mismo se hubiera realizado sin el consentimiento legal que para tal fin debió haber otorgado la peticionaria.

### 3. *Estándar legal mínimo*

#### 3.1 *Principios que deben guiar a los profesionales de la salud*

En la práctica médica, el principio ético que más ha permeado es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto principal refiere que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, esto es: “*no haré daño*” y “*actuaré en beneficio del enfermo*”, los cuales siguen vigentes.

No se debe soslayar el postulado “procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo” del médico Avedis Donabedian, fundador del estudio de calidad en la atención de la salud y la investigación de resultados médicos, más famoso como creador del *Modelo de atención Donabedian*.

En 1970, el bioquímico Van Rensselaer Potter acuñó el término *bioética* buscando resolver la necesidad de tener una disciplina que uniera el conocimiento biológico con el de los sistemas de los valores humanos.

En la práctica clínica la bioética tiene el objetivo de mejorar la atención del paciente al orientar la toma de decisiones no solamente desde el punto de vista técnico, sino incluir los problemas éticos.<sup>2</sup>

La bioética tiene cuatro principios básicos:

1. No maleficencia, que establece que el médico debe causar el menor perjuicio a su paciente. No provocar daños ni agravios a la salud del paciente.

---

<sup>2</sup>Sánchez-González, Miguel; Herreros, Benjamín La bioética en la práctica clínica Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53, núm. 1, enero-febrero, 2015

2. Justicia, este principio establece la equidad como condición esencial del médico y determina la imparcialidad del médico impidiendo actos discriminatorios que interfieren la buena relación médico paciente.

3. Beneficiencia, es el principio que establece la búsqueda del bien mejor. Determina que la acción médica debe ser usada con sentimientos de filantropía y de amor por el ser humano.

4. Autonomía, principio que determina que las personas tienen el derecho a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo y con su vida. La conducta médica debe ser previo conocimiento autorizada por el paciente y obliga por tanto al médico, a dar las explicaciones e informaciones necesarias sobre el diagnóstico y el tratamiento propuesto, así como también el pronóstico de su decisión.<sup>3</sup>

En 2002 la Comisión Nacional de Bioética (Conbioetica) editó y divulgó el Código de bioética, mismo que representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la medicina y la salud.

Es importante mencionar que la Conbioetica es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal con autonomía técnica y operativa, responsable de definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina. Sus objetivos son: establecer políticas públicas en salud vinculadas con la temática bioética.

Los principios básicos que menciona dicho código son que los servicios de salud deben ser proporcionados a todos los que los demanden, sin distinción de ninguna índole, sin escatimar tiempo, espacio y respetando siempre los derechos humanos y la dignidad, entendiéndose que está basada en que los seres humanos poseen igual valor. Refiere, además, que el personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la bioética, que las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas

---

<sup>3</sup> Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. En: Ética en Medicina Fundamentación. Modulo 1. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina; 1999.

en beneficio de la población en un marco científico y humanitario, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

### 3.2 Principios y directrices que deben guiar a los servidores públicos

Dentro de la exposición de motivos de la reforma constitucional del capítulo IV de nuestra Constitución federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 1982, que sentó las bases para la actual visión de prevenir y sancionar con efectividad la corrupción, se estableció la importancia e impostergable necesidad de actualizar las responsabilidades de los servidores públicos, pues se mencionó la conducta que debe regir a los servidores públicos, al mencionar: “La obligación de servir con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, economía y eficacia a las instituciones del pueblo es la misma para todo servidor público, independientemente de la jerarquía, rango, origen o lugar de su empleo, cargo o comisión”.<sup>4</sup>

Por otro lado, la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en su artículo 6° refiere que la actuación que debe regir la actuación de los servidores públicos en los ámbitos federal y local debe ser ética y responsable. Asimismo, el artículo 7° menciona que los principios que éstos deben observar en su encargo son la disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que son los que rigen el servicio público.

En el mismo artículo refiere que, para la efectiva aplicación de dichos principios, los servidores públicos observarán las siguientes directrices:

- I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones;
- II. Conducirse con rectitud sin utilizar su empleo, cargo o comisión para obtener o pretender obtener algún beneficio, provecho o ventaja personal o a favor de terceros, ni buscar o aceptar compensaciones,

---

<sup>4</sup> Exposición de motivos de reforma constitucional del Capítulo IV Constitucional publicada en el DOF el 28 de diciembre de 1982 [https://www.sitios.scjn.gob.mx/constitucion1917-2017/sites/default/files/CPEUM\\_1917\\_CC/procLeg/099%20-%2028%20DIC%201982.pdf](https://www.sitios.scjn.gob.mx/constitucion1917-2017/sites/default/files/CPEUM_1917_CC/procLeg/099%20-%2028%20DIC%201982.pdf)



- prestaciones, dádivas, obsequios o regalos de cualquier persona u organización;
- III. Satisfacer el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general y bienestar de la población;
  - IV. Dar a las personas en general el mismo trato, por lo que no concederán privilegios o preferencias a organizaciones o personas, ni permitirán que influencias, intereses o prejuicios indebidos afecten su compromiso para tomar decisiones o ejercer sus funciones de manera objetiva;
  - V. Actuar conforme a una cultura de servicio orientada al logro de resultados, procurando en todo momento un mejor desempeño de sus funciones a fin de alcanzar las metas institucionales según sus responsabilidades;
  - VI. Administrar los recursos públicos que estén bajo su responsabilidad, sujetándose a los principios de austeridad, eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados;
  - VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución;
  - VIII. Corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido; tendrán una vocación absoluta de servicio a la sociedad, y preservarán el interés superior de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general;
  - IX. Evitar y dar cuenta de los intereses que puedan entrar en conflicto con el desempeño responsable y objetivo de sus facultades y obligaciones, y
  - X. Abstenerse de realizar cualquier trato o promesa privada que comprometa al Estado mexicano.

La obligación de observancia de los principios antes mencionados, también se encuentra contenida en la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, al disponer en el artículo 46 que dicha Ley General es de observancia obligatoria en el Estado de Jalisco y de carácter principal frente a las disposiciones locales.

### *3.1.2 Principios especiales para la atención de ginecología y obstetricia*

La organización mundial no gubernamental denominada Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), de la cual, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia forma parte, estableció en 2003, a través de su Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer, un marco de referencia ética para los tocoginecólogos.

Las sociedades miembro de la FIGO adoptan y promueven entre sus miembros las siguientes responsabilidades profesionales basadas en su conjunto de asegurar los derechos humanos y principios éticos en el cuidado de la salud reproductiva de la mujer:

1. Lograr y mantener los más altos niveles de competencia profesional en salud de la mujer.
2. Asegurar que la competencia profesional incluya el ofrecer sólo aquellos servicios para los cuales se posee un estándar reconocido de competencia, de lo contrario, referir a profesionales adecuadamente capacitados según lo permitan las circunstancias.
3. Asegurar una conducta profesional respetuosa que promueva la dignidad y la seguridad a toda mujer.
4. Evitar relaciones inapropiadas con pacientes o sus familiares que puedan ser explotadas con fines sexuales, emocionales, financieras o de investigación.
5. Asegurar que el derecho del médico a preservar sus propios valores morales o religiosos no resulte en la imposición de esos valores personales en la mujer.
6. Negarse a practicar o apoyar prácticas que violen los derechos humanos o los principios éticos.
7. Mantener y promover el más alto nivel de integridad y honestidad con los pacientes, colegas y estudiantes en el curso de las investigaciones.
8. Adoptar un modelo de comportamiento interpersonal con pacientes y otros para asegurar que todos los miembros del equipo de salud promuevan un ambiente óptimo para el desarrollo del aprendizaje y de los cuidados médicos.

9. Promover el aprendizaje continuo de los profesionales de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva, derechos y ética.

### *3.2 La obligación de garantizar el derecho a la salud*

La Constitución Federal en su artículo 1° establece la obligación de todas las autoridades en el ámbito de su competencia de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

#### *3.2.1 La obligación general de garantizar la salud*

El artículo 4° de nuestra Constitución federal confiere al Estado la obligación de garantizar el derecho a la protección de su salud, en el que establece lo siguiente: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Con relación al artículo 4° Constitucional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos” .<sup>5</sup>

#### *3.2.2 La obligación de garantizar el derecho a la salud reproductiva*

Este derecho tiene su sustento constitucional en el segundo párrafo del artículo 4° de nuestra carta magna, al establecer: “Toda persona tiene derecho a decidir

---

<sup>5</sup> Jurisprudencia administrativa “Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 y registro 167530

de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”

La Ley General de Salud dispone en diversos artículos<sup>6</sup> que la atención planificaci3n familiar tiene car3cter prioritario, espec3ficamente refiere en el art3culo 67 que en esas actividades se debe incluir la informaci3n y orientaci3n educativa para los adolescentes y j3venes, todo ello, mediante una correcta informaci3n anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Adem3s, dispone que los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el n3mero y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilizaci3n sin la voluntad del paciente o ejerzan presi3n para que 3ste la admita ser3n sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Al respecto, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud agruparon recomendaciones para la atenci3n de las distintas etapas reproductivas, en ese tenor existen las gu3as de pr3ctica cl3nica sobre planificaci3n familiar, como la gu3a de pr3ctica cl3nica SS-202-09 denominada Manejo de Anticonceptivos Temporales, Hormonales en Mujeres en Edades Reproductivas en el Primer y Segundo Nivel de Atenci3n, as3 como la gu3a de pr3ctica cl3nica SSA-347-09 de nombre Consulta y Asesor3a M3dica para el Uso de la Oclusi3n Tubaria Bilateral.

En la mencionada gu3a de pr3ctica cl3nica SSA-347-09 Consulta y Asesor3a M3dica para el Uso de la Oclusi3n Tubaria Bilateral, se privilegia la informaci3n de los m3todos anticonceptivos a las pacientes, pues menciona que la asesor3a y consejer3a sobre los procedimientos de esterilizaci3n debe ser proporcionada a hombres y mujeres en el contexto de un suministro de una gama completa de informaci3n y acceso a otros m3todos anticonceptivos reversibles a largo plazo. Esto deber3a incluir informaci3n sobre las ventajas y las tasas de fracasos relativo a cada m3todo. Con relaci3n a la esterilizaci3n tubaria, refiere que 3sta puede ser recomendada como un m3todo seguro y efectivo para la mujer que desea la anticoncepci3n permanente y debe ser aconsejada de que ese procedimiento no es reversible. Se3ala adem3s que si la

---

<sup>6</sup> Ley General de Salud. Art3culos 3° fracci3n VII, 27, fracciones V y 67. Ultima reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

oclusión tubaria va ser realizada durante la cesárea, el asesoramiento y consentimiento debe ser proporcionados por lo menos una semana antes del procedimiento.

Es importante destacar las normas oficiales con que cuenta el sector salud, que tratan sobre las particularidades en la prestación de los servicios de salud materna y planificación familiar, como lo es la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la Persona Recién Nacida; la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico; y la NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.

Por lo que ve a la NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, establece en su punto 5.1.6 que una de las actividades que se deben realizar durante el control prenatal es la promoción y orientación de planificación familiar.

Destaca lo señalado por la NOM-005-SSA2-1993, “De los Servicios de Planificación Familiar”, en relación al consentimiento informado sobre el tema de planificación familiar, pues refiere que el “Consentimiento informado: es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones”. Asimismo, menciona que el personal médico se encuentra obligado a “tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial”.<sup>7</sup>

Sobre el método anticonceptivo de oclusión tubaria bilateral, la ya mencionada norma oficial refiere en el numeral 6.5.7 que, al ser un método de carácter permanente, en particular requiere de: “Un proceso amplio de consejería previa a su realización y autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal”.

Asimismo, la Ley de Salud del Estado vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, en la fracción tercera del artículo 3º hace suya la obligación en Jalisco de la priorización de la planificación familiar conforme a lo establecido

---

<sup>7</sup> Numeral 5.4.2.3 de la NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación familiar.

a las normas de esa materia y en relación con la Ley General de Salud ya mencionada.

### *3.2.2.1 De la violencia Institucional*

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia definió, entre otras modalidades, a la violencia institucional como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

La referida Ley General, tiene por objetivo establecer la coordinación entre la federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar los abusos contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. Contiene los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia, que son: la igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; el respeto a la dignidad humana de las mujeres; la no discriminación, y la libertad de las mujeres; prevé en los artículos 35 y 46, fracción X, la responsabilidad del Estado para “la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres” y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.<sup>8</sup>

Específicamente, la violencia institucional por parte de una institución de salud encuentra su fundamento en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, y 51, fracción II, de la ya mencionada Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, que establecen su obligación de evitar “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

---

<sup>8</sup> Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículos 35 y 46, fracción X. Última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

violencia”, entre ellas, la obstétrica, y aplicar “las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia” y “respetar los derechos humanos de las mujeres”.

### 3.2.2.2 *De la violencia obstétrica*

El 31 julio de 2017 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación General 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, definió a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.<sup>9</sup>

La Secretaría de Gobernación de la administración anterior elaboró en abril de 2014 el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon las estrategias 1.1 y 2.3., relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene como objeto promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, buscaba fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo la violencia obstétrica.<sup>10</sup>

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), en las “Recomendaciones Generales: para mejorar la calidad de la atención

<sup>9</sup> CNDH, Recomendación general 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, 31/07/2017. [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral\\_031.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf)

<sup>10</sup> Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de abril de 2014.

obstétrica”, estableció en 2003 que una de las responsabilidades de los prestadores de la atención médica es “proporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica”.

El concepto sobre violencia obstétrica que establece El informe “Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México”, realizado por El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), establece que la violencia obstétrica se manifiesta a través de la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres que va desde regaños, 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 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” (GIRE, 2013)<sup>11</sup>

Según el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, la violencia obstétrica se expresa en relaciones de poder, en la que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, en los que se da una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el período expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención del recién nacido y del puerperio en la mujer.

Un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en trabajo de parto, lo cual mengua sus derechos humanos (Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo,

---

<sup>11</sup> Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. GIRE, México. 2013. Pp. 120.



parto y puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, 2015)<sup>12</sup>

No debe pasar inadvertido que, en el tema de violencia obstétrica, la CNDH emitió en 2013 el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica “está estrechamente ligada a la mortalidad materna”; además señaló que “desde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y subatención en el parto en comunidades indígenas”. Finalmente, concluyó que “las autoridades se deben comprometer a “incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica”.<sup>13</sup>

Asimismo, en el periodo de 2015 a lo que va de 2019<sup>14</sup> ese organismo de protección nacional ha publicado 47 Recomendaciones, en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con independencia del número de casos conocidos por ese organismo nacional, cualquier transgresión de los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud.

En el año 2015 la declaración de la organización mundial de la salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” en el cual se establece que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.<sup>15</sup> (Organización Mundial de la Salud , 2014)

---

<sup>12</sup> Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, 2015

<sup>13</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH) “Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres”, México, Distrito Federal. 2014. Página 195 y 196.

<sup>14</sup> Recomendaciones CNDH: 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016, 50/2016, 58/2016, 61/2016, 3/2017, 5/2017, 6/2017, 24/2017, 41/2017, 43/2017, 46/2017, 48/2017, 56/2017, 75/2017, 79/2017, 36/2018, 40/2018, 52/2018, 54/2018, 55/2018, 56/2018, 58/2018, 65/2018, 3/2019, 24/2019 y 33/2019.

<sup>15</sup> Declaración de la organización mundial de la salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” 2014

El último Informe 2019 de la Relatora Especial sobre, “la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica de las Naciones Unidas”, resalta que el maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos.<sup>16</sup>

Dicho informe también hace referencia al consentimiento informado y establece que, el consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas. El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado.<sup>17</sup> El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva

<sup>17</sup> Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Views on communication 4/2004: Ms. A.S. c. Hungría (CEDAW/C/36/D/4/2004); véase también International Federation of Gynecology and Obstetrics, Female sterilization guidelines (Esterilización contraceptiva femenina, pág. 122), Londres, 2012.

<sup>18</sup> Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva

#### 4 Análisis normativo del caso

(V) se dolió del personal de salud que resultara responsable del HCDJIM, ya que el 17 de agosto de 2017 acudió a dicho lugar para que naciera su bebé. Al día siguiente pasó a visita un médico, quien le dijo que por un error involuntario le habían efectuado una operación para ya no tener más hijos, lo cual realizaron sin su consentimiento. Dicho médico le dijo que fue un error y que le cortó las trompas de Falopio, lo cual la puso muy mal de los nervios (punto 1 de Antecedentes y Hechos).

#### 4.2 Desarrollo de las hipótesis

##### 4.2.2 Primera hipótesis

De los hechos que en esta inconformidad se reclamaron, la primera hipótesis se enfocará en demostrar si efectivamente el médico involucrado del HCDJIM le practicó a (V) oclusión tubaria bilateral cuando le realizó operación cesárea el 17 de agosto de 2017.

En su informe, el médico involucrado Luis Javier López Aceves negó haber violado los derechos humanos de (V) y aseguró que por la mañana del 17 de agosto de 2017 ella fue hospitalizada por embarazo de alto riesgo, ya que presentaba diabetes gestacional y placenta previa total, la cual se encontraba en seguimiento por el Servicio de Medicina Materno Fetal, pues esas dos condiciones se relacionan con complicaciones en el embarazo como hemorragias, muerte del producto y de la madre.

Expuso que en esa fecha se le internó por interrupción quirúrgica del embarazo, por lo que se le realizó cesárea programada durante la que se presentaron distintas complicaciones. Se tuvo que realizar una incisión en la parte superior del útero debido a que presentaba placenta previa total, se obtuvo producto sin complicaciones; sin embargo, la paciente presentó sangrado profuso y atonía uterina que no se corrigió con medicamentos, por lo que se requirió realizar ligadura bilateral de arterias hipogástricas, lo cual es un procedimiento de alto riesgo y se usa en caso de extrema necesidad.

Respecto a la realización o no de la oclusión tubaria bilateral, el médico involucrado no aceptó que la hubiese practicado de manera explícita.

Únicamente mencionó que la paciente ya tenía paridad satisfecha, que durante la cirugía se presentaron complicaciones que ponían en riesgo la vida y el útero de la paciente, las cuales se atendieron de manera inmediata y con éxito. Además, que se tomaron las medidas necesarias para evitar complicaciones posteriores que pudieran tener un desenlace fatal, ya que el riesgo de recurrencia de placenta previa es alto, aunado a que por el tipo de incisión que se tuvo que realizar el riesgo de ruptura uterina es muy alto (punto 3 de Antecedentes y Hechos).

Dentro del expediente clínico de (V) obra la nota quirúrgica de cesárea del 17 de agosto de 2017, la cual fue suscrita por el médico involucrado Luis Javier López Aceves, en la que asentó los diagnósticos ya conocidos de (V) . También anotó que el plan quirúrgico y tipo de intervención era cesárea corporal y otb. Asimismo, escribió que la operación realizada fue cesárea fundica + ligadura de hipogástricas + otb (punto 8, inciso d de Antecedentes y hechos y 3 de Evidencias).

Esta nota, particularmente la nota postquirúrgica, resulta contundente para demostrar que durante la cesárea que se practicó a (V) , el médico involucrado Luis Javier López Aceves sí le efectuó el procedimiento de oclusión tubaria bilateral.

#### 4.1.2 Segunda hipótesis

Una vez demostrada la realización de la oclusión tubaria bilateral a (V) , la segunda hipótesis a comprobar es si el médico Luis Javier López Aceves realizó ese procedimiento quirúrgico sin el consentimiento de ésta, tal y como lo marca la normativa en la materia de planificación familiar y los estándares internacionales marcados por las naciones unidas respecto al consentimiento informado como un derecho humano.

Para lo anterior, se buscó dentro de las constancias que integran el expediente clínico el consentimiento que demostrara que (V) fue informada sobre el procedimiento quirúrgico de planificación familiar que se le practicó y que ella estuvo de acuerdo en que se le realizara, lo cual debió consentir de la manera en que lo establecen las normas que fueron descritas en el apartado 3.2.2 de esta Recomendación sobre la obligación de garantizar el derecho a la salud reproductiva. Sin embargo, sólo se encontraron dos consentimientos signados por la agraviada; el primero se trata de la carta de consentimiento bajo

información para cesárea y hospitalización del 17 de agosto de 2017, en la que se asentaron los diagnósticos de la agraviada, mismos que fueron mencionados en líneas que anteceden. En esa carta se lee la siguiente leyenda: “Me han facilitado esta carta informativa donde me explican con lenguaje claro y sencillo el significado del procedimiento y sus riesgos, así como la posibilidad de contingencias o urgencias. He tenido la oportunidad de formular preguntas y se han aclarado todas mis dudas. Entiendo que si las circunstancias lo permiten seré (mos) informado (s) de todo lo relevante al proceso de mi atención. Me han informado que en cualquier momento antes de iniciar el acto médico puedo revocar mi consentimiento. Por ello, declaro estar debidamente informada y consiento en que el personal de este hospital me realice el acto médico propuesto CESÁREA”. Dicha carta fue firmada por la agraviada y demás personal médico (punto 8, inciso b) de Antecedentes y hechos, y 3 de Evidencias).

El otro consentimiento informado que obra en el expediente clínico de (V) , es el relacionado con el consentimiento de anestesia, el cual data del 17 de agosto de 2017 y en el que se asentó que el procedimiento quirúrgico a realizar era cesárea, mismo en el que también se encuentra estampada la firma de la agraviada (punto 8, inciso c de Antecedentes y hechos, y 3 de Evidencias).

Resulta clave la nota médica de evolución del 18 de agosto de 2018, que obra en el expediente clínico de (V) , misma que fue firmada por el médico involucrado y en la que se anotó lo siguiente: “Se comenta a paciente que se le realizó salpingoclasia (fimbrectomia bilateral) durante la cirugía debido a que se pensó que se había consentido el procedimiento, sin embargo, la paciente refiere el día de hoy que no fue así. Se le informa a la Jefatura de Obstetricia de la situación, motivo por el cual se acude a informarle a la paciente que se realizó el procedimiento de planificación definitivo. Se le explican los riesgos de intentar un nuevo embarazo inherentes a la multiparidad y al tipo de (ilegible) como son rotura placentaria y nuevamente placenta previa (problema en el embarazo, en que la placenta crece en la parte más baja de la matriz y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta), lo que condiciona a muy alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Refiere ella que prefería otro método definitivo de planificación (vasectomía), se le explica que la efectividad para evitar un nuevo embarazo cuando se le compara con la salpingoclasia es similar” (punto 8, inciso e de Antecedentes y hechos, y 3 de Evidencias).

Ahora bien, como ya se mencionó, en su informe, el médico involucrado no hizo manifestación expresa sobre la realización o no de la ota (V), pero sugirió que sí la realizó al mencionar que, dado el embarazo de alto riesgo que ella tenía, que durante la cirugía se presentaron complicaciones que ponían en riesgo la vida y el útero de la paciente, y que la agraviada tenía paridad satisfecha, es decir, ya tenía el número de hijos deseados. Se tomaron las medidas necesarias para evitar complicaciones posteriores que pudieran tener un desenlace fatal, ya que el riesgo de recurrencia de placenta previa era alto, aunado a que por el tipo de incisión que se tuvo que realizar, el riesgo de ruptura uterina era muy alto (punto 3 de Antecedentes y Hechos).

Dicho médico intentó justificar ante este organismo que practicó la ota (V) para evitar futuros embarazos que pusieran en riesgo su integridad física y su vida, dadas las complicaciones y las emergencias que se presentaron durante la cesárea; sin embargo, tal argumento queda desvanecido con la nota quirúrgica de cesárea que él mismo realizó, en la que anotó que el plan quirúrgico era realizar cesárea corporal y ota, lo cual se estableció antes de que se presentara la hemorragia y atonía uterina que durante el acto quirúrgico sufrió (V), y para superar dicha emergencia tuvo que realizar, además de lo planeado, ligadura de hipogástricas (punto 8, inciso d de Antecedentes y hechos, y 3 de Evidencias).

Considerando que la oclusión tubaria bilateral es un procedimiento quirúrgico de planificación familiar definitivo, la NOM-005-SSA2-1993 establece que previo a su realización y autorización debe mediar un proceso amplio de consejería, que debe obrar de forma escrita por parte de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal. Asimismo, la guía de práctica clínica SSA-347-09 Consulta y Asesoría Médica para el Uso de la Oclusión Tubaria Bilateral establece que, si tal procedimiento va a ser realizado durante la cesárea, el asesoramiento y consentimiento debe ser proporcionados por lo menos una semana antes del procedimiento.

La falta de consentimiento de (V) para que le realizaran dicha operación resulta a todas luces una arbitrariedad, pues constituye una esterilización forzada que contraviene las normativas antes descritas, con ello se demostró que el médico involucrado ejerció con su conducta violencia obstétrica en perjuicio de (V), violación a su derecho a la legalidad, a la protección de la salud reproductiva, a una vida libre de violencia, a la libertad y autonomía reproductiva, en relación

con el libre consentimiento informado en servicios de anticoncepción y derecho a la integridad.

#### *4.3 De los derechos humanos violados*

Como ya se mencionó, esta Comisión estableció en líneas anteriores que (V) fue víctima de violencia obstétrica y debe considerarse que, al cometerse dicha violencia, también se le transgredieron sus derechos a la legalidad, a la protección de la salud reproductiva, a una vida libre de violencia, a la libertad y autonomía reproductiva, en relación con el libre consentimiento informado en servicios de anticoncepción y derecho a la integridad.

##### *4.3.2 Derecho a la legalidad y seguridad jurídica por incumplimiento en la función pública.*

El derecho a la legalidad y seguridad jurídica implica que todos los actos de la administración pública, entre los que, desde luego, se encuentran los relacionados con los servicios de salud, se realicen con apego al orden jurídico, a fin de evitar que se produzcan perjuicios indebidos en contra de las personas.

El bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad es la observancia adecuada del orden jurídico por parte del Estado, entendiendo por éste, la permanencia en un estado de disfrute de los derechos concebidos en el ordenamiento jurídico, sin que se causen perjuicios indebidos como resultado de una deficiente aplicación.

En lo referente a las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad, es visible una aplicación incorrecta de la ley, o, en su caso, la no aplicación de ella, a pesar de la satisfacción del supuesto normativo y, además, un perjuicio contra el derechohabiente que tenga como causa precisamente la inadecuada u omisa aplicación del derecho.

Implica un derecho subjetivo, consistente en la satisfacción de la expectativa de no ser víctima de una inadecuada u omisa aplicación de la ley que traiga como consecuencia un perjuicio; como contrapartida, supone cumplir comportamientos obligatorios para la autoridad, sean éstos conductas de acción u omisión, y prohibir que se lleven a cabo.

En ese contexto, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la legalidad y seguridad jurídica se encuentra garantizado de forma integral en el contenido de sus 136 artículos, los cuales son el marco jurídico general a cumplir por parte de los elementos del Estado mexicano; de forma específica, son los artículos 14, 16 y 17 los que históricamente se han considerado como el punto de referencia para sustentar el principio de legalidad en nuestro sistema jurídico, ya que estos refieren la protección legal de las personas.

La obligación de garantizar una eficiente procuración de justicia se fundamenta en los artículos 20 apartado C, 21 y 102 apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por su parte, la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, en su artículo 48 fracciones I y II, obliga a todo servidor público a cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión; así como observar buena conducta, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación, con motivo de sus funciones.

Al respecto, la Ley de Salud del Estado de Jalisco vigente en el momento en que sucedieron los hechos que aquí se documentaron establece:

Art. 59-G. La inobservancia o incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley se sancionará conforme lo establezcan la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco o las leyes especiales.

Art. 86. [...]

Los prestadores de servicios públicos de salud cumplirán, en la atención de los usuarios, con los criterios de calidad y oportunidad que se establecen en las Normas Oficiales Mexicanas.

La legalidad, como principio del respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, se establece desde el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se señala que éstos deben ser protegidos por un régimen de derecho y que los Estado miembros se comprometen a asegurar su respeto universal y efectivo.



La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre también refiere de forma preliminar la fundamentación de los deberes como parte del orden jurídico.

El principio de legalidad en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, abarca una protección internacional al señalar que debe ser de naturaleza convencional, coadyuvante y complementaria del derecho interno.

De igual forma, tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establecen en sus preámbulos la necesidad de crear condiciones para lograr el disfrute de los derechos y libertades, asumiendo la obligación de los Estados para hacerlos efectivos.

#### *4.3.3 Derecho a la protección de la salud*

Este derecho fundamental se encuentra instituido por primera vez en los artículos 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estableciendo que todo individuo tiene derecho a que se le asegure, así como a su familia la vida, la libertad y a la seguridad de su persona, la salud y el bienestar, (...) en especial la asistencia médica. Asimismo, especifica que la maternidad y la infancia, tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada<sup>19</sup>; también, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener<sup>20</sup> y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento.

Dicho órgano internacional, en su Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” del 2014, reconoció que:

---

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

<sup>20</sup> 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.

“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 (...) Existe 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”.<sup>21</sup>

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que este derecho comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

**Disponibilidad:** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención, así como programas de salud. La naturaleza precisa de dichas instauraciones 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.<sup>22</sup>

**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

---

<sup>21</sup> OMS. “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. septiembre de 2014.

Enlace [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

<sup>22</sup>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).

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, 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.

En los numerales 10.1, 10.2, incisos a, b y f, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) asienta que el derecho a la salud comprende el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para lo que los Estados deben garantizar que la atención de salud sea puesta al alcance de todos.

A su vez, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en sus artículos 7° y 11° el deber de los Estados Parte a la protección a la maternidad y a la infancia, destacando que toda mujer en estado de ingravidez tiene derecho a protección, cuidados y ayuda especiales. Así como también establece el derecho a la preservación de la salud por diversas medidas, entre ellas, la asistencia médica.

En su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, consideró que es “deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas” .<sup>23</sup>

En el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”<sup>24</sup>, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”<sup>25</sup> (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>26</sup> (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, establecen la obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y

---

<sup>23</sup> CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párrafo 84

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000.

<sup>26</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

reproductiva y advierte que los “servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva (...) las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas”, son circunstancias que inciden en estos derechos, por lo que señala que la atención primaria de la salud debe abarcar: “servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil”.<sup>27</sup>

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 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”<sup>28</sup>.

La CNDH ha reiterado en su Recomendación general 15/2009 Sobre el derecho a la protección de la salud y subsecuentes relativas al tema, que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que, de sus acciones u omisiones, dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Por lo que ve al derecho a la protección de la salud en relación con la protección de la salud reproductiva, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el artículo 16.1, inciso e), exhorta 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,

---

<sup>27</sup> Op. cit. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, medidas 7.3 y 7.6

<sup>28</sup> Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84

así como a acceder “a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”

Asimismo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, consideró, que “la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”.

#### *4.2.3 Derecho a una vida libre de violencia obstétrica*

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) consagra y protege los derechos humanos y las libertades de las mujeres, es el primer instrumento que reconoce explícitamente las condiciones estructurales de desventaja de las mujeres, considera las diferentes formas de discriminación que viven y establece parámetros de políticas públicas para combatirlas. Dicho tratado internacional fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y México la ratificó el 23 de marzo de 1981.

En un total de 30 artículos, la CEDAW reconoce derechos (a la igualdad, integridad personal, participación política y nacionalidad, entre otros), definen cuáles son los actos que constituyen discriminación contra la mujer, describen la naturaleza de la obligación estatal mediante leyes, políticas públicas y programas que el Estado debe desarrollar para eliminar la discriminación; especifican las diferentes áreas en las que los gobiernos están obligados a eliminar la discriminación como son la educativa, social, económica, cultural, política y laboral

Las Naciones Unidas a través del Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva establece como parte de las recomendaciones que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese

tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.

En el ámbito regional, la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) fue suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en 1994, en Belém Do Pará, Brasil. México suscribió dicha convención en 1995 y en 1998 se ratificó. Dicha convención define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” y establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, basada en su género.

Al respecto, la Constitución del Estado de Jalisco, en su artículo 4° dispone: “...Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias de todo tipo, incluyendo las sexuales, el estado civil o cualquiera otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas...”

Por su parte, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Jalisco, la cual tiene por objeto sentar las bases del sistema y programa para la atención, prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, para garantizar su derecho a acceder a una vida libre de violencia, conforme a los principios constitucionales de igualdad y no discriminación, misma que también se refiere a la obligación de los entes estatales de evitar “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”, y respetar los derechos humanos de las mujeres, mismas obligaciones que se encuentran contenidas en sus artículos 11, fracción V y 30, fracciones I, II y III.

#### *4.2.4 Derecho a la libertad y autonomía reproductiva, en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción*

El artículo 16, inciso e, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad “los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales definió que la salud genésica: “significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto”<sup>29</sup>.

Por su parte, tanto derecho a la información, como el del libre consentimiento informado se encuentran conexos. Al respecto, el artículo 6° de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>30</sup> establece que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”.

Con respecto al consentimiento informado, el mismo informe de la Relatora especializada establece en sus conclusiones y recomendaciones que Para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, los Estados deben:

- a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;
- b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;
- c) Respetar la autonomía de la mujer,

---

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> Aprobada el 19 de octubre 2005, por la Conferencia General de la UNESCO.



su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva<sup>31</sup>.

Con relación a ello, la Corte Interamericana precisó que un “aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información”<sup>32</sup>. Al respecto, la Comisión Interamericana asegura que los Estados deben “eliminar los estereotipos de género tales como las restricciones al acceso a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de la autorización del esposo, o compañero, padres o autoridades de salud, por su estado civil o por su condición de mujer”<sup>33</sup>.

En la referida Recomendación general 31/2017, la CNDH mencionó que 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.

Asimismo, de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado se logra a través de un “proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento (...) se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que quien lo otorga reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento que se va a consentir, y 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”<sup>34</sup>. 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

---

<sup>31</sup> <sup>31</sup>Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva <file:///C:/Users/HP/Downloads/Informe-ONU-violencia-reproductiva.pdf>

<sup>32</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General 14, 11 de agosto de 2000. Párrafo. 11.

<sup>33</sup> Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

<sup>34</sup> 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.

(...) 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”.<sup>35</sup>

#### 4.2.5 *Derecho a la integridad personal*

Este derecho se encuentra protegido por el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, pues establece que todos los individuos tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, por lo que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

En el contexto de la atención médica, dentro de la sentencia en el caso Suárez Peralta vs. Ecuador la Corte Interamericana ha sostenido que las personas pueden experimentar angustia o ansiedad “por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud”, por ello, resolvió que los “Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal” .

Asimismo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en su artículo 4° expresa que “toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos”, como el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, entre otros.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”<sup>36</sup>, estableció que la violencia obstétrica se da en las instituciones de salud y puede constituir malos tratos.

---

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup>Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”, página 68

## V. Del reconocimiento de la calidad de víctima y reparación integral del daño

### 1. Reconocimiento de la calidad de víctima

Este organismo autónomo de derechos humanos reconoce a (V) su calidad de víctima directa, y demás familiares que pudieran haber sido afectados, su calidad de víctimas indirectas, en términos del artículo 4° de la Ley General de Atención a Víctimas y de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, las cuales incorporan los estándares más elevados en materia de protección y reparación integral a las víctimas.

Por ello, con fundamento en el artículo 110, fracción VI y 111 de la Ley General de Víctimas, la institución pública en la que prestan los servicios las autoridades responsables deberá registrar a la víctima directa, así como brindar la atención integral a las personas que corresponda según la propia ley. Este reconocimiento es imprescindible para que tengan acceso a los beneficios que les confiere la ley.

### 2. Reparación integral del daño

La palabra “reparar” proviene del latín *reparare*, cuya traducción es “desagraviar, satisfacer al ofendido”, y la palabra “reparación” proviene del latín *reparatio*, cuya traducción es desagravio, satisfacción completa de una ofensa, daño o injuria. Ahora bien, la palabra “daño”, proviene del latín *damnum*, que en el ámbito jurídico significa el detrimento o destrucción de los bienes, y no solamente en el aspecto material, sino en el sentido del daño moral y psicológico, como en el presente caso.

En cuanto al significado del término “reparación del daño”, en el *Diccionario para Juristas* se define como el derecho al resarcimiento económico a quien ha sufrido un menoscabo en su patrimonio por acto ilícito o delito. Y “reparar” significa precaver o remediar un daño o perjuicio. “Daño”, en derecho, es el delito que se comete cuando por cualquier medio se causan daños, destrucción o deterioro en cosa de otro o en cosa propia con perjuicio de tercero.

Así pues, las víctimas de violaciones de derechos humanos merecen una justa reparación integral, en el entendido de que un Estado constitucional y

democrático de derecho debe ser garante de la protección de los derechos humanos y tiene la responsabilidad y la obligación de responder a las víctimas de violaciones causadas por la acción u omisión de los órganos de gobierno, o bien, de las y los funcionarios públicos, mediante la reparación integral del daño y la garantía de la no repetición de los hechos.

Para una comprensión integral del tema, debe precisarse que el 16 de diciembre de 2005, la Asamblea General de la ONU aprobó los Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales, que consagran:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario.

Las personas serán consideradas víctimas con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, al que adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a Recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*). En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Ahora bien, la denominada reparación integral del daño a las víctimas de violaciones de derechos humanos constituye en gran medida la cristalización del sistema interamericano de derechos humanos.

El concepto de reparación integral tiene su fundamento en los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y abarca la acreditación de daños en las esferas material e inmaterial y el otorgamiento de medidas tales como: a) la investigación de los hechos; b) la restitución de derechos, bienes y libertades; c) la rehabilitación física, psicológica o social; d) la satisfacción mediante actos en beneficio de las víctimas; e) las garantías de no repetición de las violaciones, y f) la indemnización compensatoria por daño material e inmaterial.

Al respecto, la jurisprudencia que ha emitido dicho organismo internacional resulta de suma importancia y de atención para el Estado mexicano. Esto, como la retribución que se otorga a la víctima cuando sus derechos humanos han sido vulnerados.

En el sistema jurídico mexicano, a raíz de la reforma constitucional en derechos humanos de 2011, el artículo primero de nuestra Carta Magna reconoció ampliamente la obligación de reparar, como un beneficio directo de suma importancia que llenaría los vacíos existentes para una debida reparación integral del daño en casos de violaciones de derechos humanos, pues imponen la obligación a los órganos del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones de derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Consecuentemente con lo anterior, el 9 de enero de 2013 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la ley reglamentaria del citado artículo, bajo el nombre de Ley General de Víctimas, y que tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos, en donde se advierte como uno de sus ejes rectores la justa y debida reparación integral del daño en atención a lo establecido en la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte y demás instrumentos en la materia.

El estado de Jalisco actualmente cuenta con su propio ordenamiento, que brinda atención y busca una reparación del daño integral para todas aquellas víctimas de violaciones de derechos humanos, a saber: Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, en la cual se estableció en su artículo 1º la obligación en sus respectivas competencias, a las autoridades de los órdenes de gobierno estatal y

municipal, así como a las instituciones y organismos que deban velar por la protección de las víctimas del delito, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral. Además, se estableció que las medidas de atención y protección serán proporcionadas por el titular del Poder Ejecutivo Estatal a través de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, a la que corresponde aplicar los programas, lineamientos y procedimientos administrativos, a fin de que aquellas se hagan efectivas.

En el artículo 4° de este ordenamiento se establece que las víctimas son aquellas personas físicas que hayan sufrido directa o indirectamente algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o en general cualquier riesgo o lesión a sus bienes jurídicos o derechos, como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones de sus derechos humanos reconocidos en la Constitución federal, en los tratados internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable, derivadas de una averiguación previa, un procedimiento penal o administrativo, o en su caso, en una carpeta de investigación.

En la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco se reiteró la obligación del Estado de reparar los daños causados a las víctimas mediante una reparación integral, el otorgamiento de ayuda o asistencia, y garantizar su protección, todo esto mediante una lista de derechos de las víctimas.

Dicha normativa robustece la importancia de que las políticas, programas, estrategias, lineamientos, acciones, mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en la Ley sean ejecutados, evaluados y aplicando los siguientes principios: I. Dignidad humana; II. Buena fe; III. Complementariedad; IV. Debida diligencia; V. Enfoque diferencial y especializado, VI. Enfoque transformador, VII. [...] VIII. Igualdad y no discriminación; X. Integralidad, indivisibilidad e interdependencia; X. Máxima protección; XI. Mínimo existencial; XII. [...]; XV. Progresividad y no regresividad; XVI. [...]

Esta CEDHJ reitera que la reparación integral del daño a las víctimas de una violación de derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y enfrentar las omisiones en que hayan incurrido las autoridades.

En ese sentido, es facultad de la CEDHJ reclamar una justa reparación integral del daño y los daños y perjuicios, conforme a lo que se ordena en el artículo 73 de la ley que la rige, y que refiere: “Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación integral de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...”

No debe pasar inadvertido que, si el Estado incurre en responsabilidad con motivo de la acción u omisión de cualquiera de sus funcionarios, tiene la obligación de reparar las consecuencias de la violación. Las reparaciones serán acordes al caso en concreto que se esté tratando, y que estén establecidas en disposiciones nacionales e internacionales.

Para que un Estado que se precia de ser democrático, como el nuestro, cumpla con el fin de proporcionar debidamente los servicios públicos y atender al bien común de los ciudadanos, es preciso que sus autoridades, además de rendir cuentas por los actos realizados en representación del pueblo, acepten su responsabilidad por las acciones y omisiones en que incurran en el ejercicio de sus funciones y reparen los daños y perjuicios ocasionados por los servidores públicos a su cargo.

En el presente caso, personal médico del HCDJIM, dependiente del OPD Hospital Civil de Guadalajara, vulneró los derechos humanos de (V) por violencia obstétrica; en consecuencia, dicha dependencia, de manera objetiva y directa, se encuentra obligada a reparar los daños provocados, ya que no cumplió con la debida diligencia su deber de garantizar los derechos humanos a la legalidad, a la libertad reproductiva y a una vida libre de violencia obstétrica.

Así pues, debido a que las violaciones de derechos humanos son producto de acciones y omisiones atribuibles a las autoridades públicas del estado de Jalisco, es posible determinar un nexo causal entre el caso concreto y los hechos que dieron origen a las violaciones de derechos humanos, por lo cual se propone evitar que actos similares puedan convertirse en un patrón estatal que pueda vulnerar los derechos de las personas en condiciones similares a las del caso en concreto; es obligación del OPD Hospital Civil de Guadalajara asumir en forma

objetiva y directa las consecuencias derivadas de las violaciones de derechos humanos aquí señaladas, considerando que este caso enmarca una vulneración del derecho a la legalidad, con relación a la libertad reproductiva y violencia obstétrica.

Con base en lo argumentado, es pertinente extender esta Recomendación al gobierno estatal, por la responsabilidad que tiene de adoptar las medidas legislativas, administrativas y judiciales necesarias para corregir conductas que violen los derechos humanos de todas las personas. Tales medidas comprenden, entre otras: a) la emisión de políticas públicas garantistas de los derechos humanos; y b) la sensibilización y capacitación del personal del OPD Hospital Civil Guadalajara, de modo prioritario y permanente, en materia de derechos humanos.

Esta Comisión reconoce los esfuerzos dedicados a la protección de la salud del HCDJIM y del personal que atiende a las mujeres embarazadas, también tiene en cuenta el profesionalismo que demuestran en la mayoría de los casos, así como el volumen de servicios que prestan; sin embargo, es preciso realizar las mejoras necesarias para optimar los servicios a la población y evitar que sucedan hechos como los narrados.

## VI. Conclusiones, recomendaciones y peticiones

Con fundamento en los artículos 1º y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 68, 72, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco; 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta institución llega a las siguientes:

### Conclusiones:

Para este organismo defensor de derechos humanos quedó plenamente acreditado que (V) fue víctima de violencia obstétrica y le fue transgredido su derecho a la legalidad, a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia y a la libertad y autonomía reproductiva por inadecuada atención médica, que derivó en esterilización forzada, cometida por personal del HCDJIM, por lo que ella tiene derecho a una justa reparación integral, de



manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora y efectiva por las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos, cuyo efecto sea no sólo restitutivo, sino correctivo, que comprenda la rehabilitación, la compensación, la satisfacción y las medidas de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas, en virtud de lo cual se emiten las siguientes:

#### Recomendaciones:

Al doctor Jaime Federico Andrade Villanueva, director general del Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara:

Primera. Que la institución que representa realice el pago por la reparación integral del daño a la víctima (V) , conforme a derecho, de forma directa y en la que se incluyan integralmente todas las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y reparación colectiva, de conformidad con la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención a Víctimas del Estado y los instrumentos internacionales invocados en la presente Recomendación y en la que se considere la erogación que efectuó por el pago del procedimiento de salpingoclasia sin su consentimiento.

Segunda. Como medida de rehabilitación, gire instrucciones a quien corresponda para que personal especializado brinde la atención tanatológica, psicológica o psiquiátrica que sea necesaria a la víctima de los hechos materia de la presente Recomendación. Para lo anterior, deberá entablarse comunicación con la parte quejosa, a efecto de que, con su consentimiento, se acuerden los mecanismos de atención en su lugar de residencia, atención que debe proporcionarse por el tiempo que resulte necesario, incluido el pago de los medicamentos que requieran éstas y sus familiares.

Tercera. Como medida de satisfacción, colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control del OPD que dirige, dentro del procedimiento administrativo sancionatorio que se le inicie al servidor público Luis Javier López Aceves, por lo hechos que aquí se documentaron.

Cuarta. Como medida de satisfacción, ordene que se agregue copia de la presente resolución al expediente administrativo del médico Luis Javier López

Aceves. Ello, como antecedente de que violó derechos humanos en los términos de esta Recomendación.

Quinta. Como medida de no repetición, disponga lo conducente para que se impartan cursos de capacitación sobre la atención médica con perspectiva de género y derechos humanos de las mujeres al personal de salud de ese nosocomio, en temas relacionados con derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente en libertad y autonomía reproductiva, en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción, violencia obstétrica y violencia institucional

Sexta. Generar campañas de difusión al interior del Hospital Civil que tengan como objetivo principal, generar conciencia en todo el personal médico y de atención, sobre la existencia de violencia obstétrica y la violencia institucional y las medidas oportunas que se deben realizar para prevenirla.

#### Peticiones

Aunque no es autoridad involucrada como responsable en la presente resolución, pero tiene atribuciones y competencia para actuar a favor de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos, con fundamento en los artículos 70 y 71, se le hace la siguiente petición:

Al titular del Órgano Interno de Control del OPD Hospital Civil de Guadalajara:

Única. Que instruya a quien corresponda para que inicie, integre y resuelva un procedimiento administrativo sancionador en contra del doctor Luis Javier López Aceves, adscrito al Hospital Civil Doctor Juan I. Menchaca, que realizó cirugía a (V) , para que se imponga la sanción que conforme a derecho corresponda. Se hace incapié que durante la sustanciación del procedimiento debe garantizarse su derecho de audiencia y defensa.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver en torno a la probable responsabilidad de las servidoras públicas por violación de los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y deja de cumplirse con los fines

de aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser ejemplares, aflictivas, inhibitorias y educativas.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos lo hace con el ánimo de que el Hospital General de Occidente preste con oportunidad, calidad y calidez el servicio público encomendado. En este sentido, las proposiciones de este organismo deben ser interpretadas como coadyuvantes en el perfeccionamiento de su función.

Esta institución deberá hacer pública la presente Recomendación y podrá darla a conocer a los medios de comunicación, de acuerdo con los artículos 79 de la ley que rige su actuación y 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, párrafo segundo; y 77 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se informa a las autoridades a las que se dirige, que tienen un término de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se les notifique, para que informen a este organismo si la aceptan o no; en caso afirmativo, esta Comisión estará únicamente en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de aceptación.

De no ser aceptada o cumplida, las autoridades o servidores públicos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, y con base en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 71 bis de la ley de esta institución, la Comisión podrá solicitar al Congreso del Estado que las autoridades comparezcan ante dicho órgano legislativo a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

Las recomendaciones de esta Comisión pretenden ser un sustento ético y de exigencia para las autoridades y la ciudadanía en la resolución de problemas cotidianos que impliquen un abuso de las primeras y, por ello, una violación de derechos. Es compromiso de este organismo coadyuvar con las autoridades, orientarlas y exigirles que su actuación refleje la alta investidura que representan en un Estado constitucional y democrático de derecho.

Atentamente

Doctor Alfonso Hernández Barrón  
Presidente

Esta es la última hoja de la Recomendación 32/2019, que consta de 51 páginas.