



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 58 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN, VIOLENCIA OBSTÉTRICA, ASÍ COMO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA EN AGRAVIO DE V1 Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V2; EN EL HOSPITAL INTEGRAL DE PAHUATLÁN DE VALLE, PUEBLA Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO, HIDALGO, DEPENDIENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CADA ENTIDAD FEDERATIVA.

Ciudad de México, a 14 de diciembre de 2016

**DOCTOR RAFAEL MORENO VALLE ROSAS
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE PUEBLA.**

**LICENCIADO OMAR FAYAD MENESES
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE HIDALGO.**

Distinguidos señores gobernadores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, tercer

párrafo, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14, 16, 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2015/8214/Q**, relacionado con el caso de V1 y su recién nacida V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4° párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quienes tendrán el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 18 de septiembre de 2015 Q presentó una queja ante esta Comisión Nacional, en la que manifestó que el día 6 de septiembre de 2015, V1, mujer indígena náhuatl de 21 años de edad, originaria de Zacapehuaya, Pahuatlán, Puebla, aproximadamente a las 21:00 horas, acudió al Hospital Integral de Pahuatlán de Valle (Hospital Integral de Puebla), dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, ya que su bebé *“estaba por nacer”*; lugar en el que fue atendida por SP1, quien señaló que debía ser conducida a otro hospital, toda vez que no contaban con *“ginecólogo, anestesiólogo ni pediatra”*, por lo que indicó su traslado al Hospital General de Huauchinango, el cual no se realizó porque la ambulancia no tenía gasolina ni había chofer.

4. Q agregó que V1 estaba perdiendo *“mucho líquido, rompiéndose la fuente”* y por así convenir a sus familiares, decidieron llevarla al Hospital General de Tulancingo, dependiente de la Secretaría de Salud de Hidalgo (Hospital General

de Hidalgo), sitio en el que fue internada el 7 de septiembre del citado año. Ese mismo día V1 fue ingresada al quirófano, obteniendo a V2, quien debido a la inadecuada vigilancia y dilación en la resolución obstétrica por parte del personal médico del Hospital General de Hidalgo, tuvo complicaciones que produjeron una inestabilidad a nivel cardio respiratorio, lo que dio como resultado la pérdida de la vida de V2.

5. Q agregó que no es el único caso que se ha suscitado en el Hospital Integral de Puebla, ya que debido a la falta de atención oportuna, PA también perdió al producto de la gestación.

6. Por lo anterior, el 15 de octubre de 2015 esta Comisión Nacional determinó ejercer la facultad de atracción, considerando la especial gravedad de ambos asuntos, por tratarse de una presunta falta de atención médica oportuna a dos mujeres embarazadas, que derivaron en la pérdida de los productos de la gestación; solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos a Servicios de Salud de los Estados de Puebla e Hidalgo; asimismo, se realizaron las diligencias tendientes al esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación. Al respecto, el 7 de abril de 2016 un médico de este Organismo Nacional realizó una opinión médica en la que concluyó que del análisis de las constancias que integran el expediente clínico de PA, no se advierte responsabilidad alguna de los médicos que intervinieron en la atención médica brindada, por lo que si bien el expediente se inició con motivo del caso de V1 y PA, la presente Recomendación versará únicamente sobre los hechos relacionados con V1, ya que la atención médica proporcionada a PA fue adecuada.

II. EVIDENCIAS.

7. Queja presentada por Q el 18 de septiembre de 2015, vía correo electrónico, ante esta Comisión Nacional, en la que manifestó que debido a que V1 no fue atendida en el Hospital Integral de Puebla, la llevaron al Hospital General de Hidalgo. Adjuntó a dicho correo:

7.1. Escrito sin fecha, signado por Q, abuelo de V2 quien se ostentó como Presidente de una OC, así como por V1 y V3, dirigido al Jefe de Departamento de Jurisdicción Huauchinango, en el que hizo de su conocimiento los hechos acontecidos el 6 de septiembre de 2015, en el Hospital Integral de Puebla.

8. Acuerdo de Atracción de 15 de octubre de 2015, emitido por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

9. Oficio PVG/305/2015 de 20 de octubre de 2015, por el que personal de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, informó que *“no se encontró alguna solicitud de intervención, por sí o a favor de [V1]”*.

10. Oficio 5013/DAJ/3344/2015 de 9 de noviembre de 2015, suscrito por la Directora de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, al que anexó el diverso 54099/04.7/640/2015 de 3 de noviembre de 2015, con en el que el Director del Hospital Integral de Puebla y el Subdirector de Hospitales, ambos del Estado de Puebla, rindieron su informe sobre los presentes hechos y adjuntaron:

10.1 Resumen Médico elaborado por SP1, de 6 de septiembre de 2015, en el que consta que se comentó sobre la necesidad de trasladar a V1 a segundo nivel, asentando que en el momento no se contaba con ambulancia y que se pidió *“apoyo a la comandancia de Pahuatlán (...)”*

responde una voz varonil, el cual comenta que no hay personal disponible para apoyo”.

10.2 Expediente clínico integrado con motivo de la atención otorgada a V1, del cual resulta relevante:

10.2.1 Nota médica del 5 de agosto de 2015, en la que consta la valoración realizada a V1.

10.2.2 Hoja de referencia del 6 de septiembre de 2015, de las 22:50 horas, realizada y firmada por SP1.

10.2.3 Acta de Nacimiento de V2, en la que consta fecha de nacimiento de 7 de septiembre de 2015, a las 13:25 horas.

10.2.4 Estudio ultrasonográfico obstétrico de fecha 26 de mayo de 2015, realizado por un médico particular.

11. Certificado de Defunción de V2, en el que consta fecha de defunción 7 de septiembre de 2015, a las 13:45 horas y se asentaron como causas de muerte: *“asfixia perinatal severa, síndrome dismórfico y recién nacido prematuro de 31 semanas de gestación”.*

12. Oficio 11668 de 3 de marzo de 2016, mediante el cual el Director del Hospital General de Hidalgo envió copias certificadas de los expedientes clínicos de la atención brindada a V1 y V2, destacando las siguientes constancias:

12.1 Hojas de Consentimiento Informado de fecha 7 de septiembre de 2015, en la primera constan dos firmas ilegibles y el nombre de V1 en los espacios correspondientes a la aceptante y un testigo, y como método anticonceptivo elegido: *“No acepta”*; mientras que en la segunda, constan

dos firmas ilegibles en los espacios correspondientes a la aceptante y un testigo, y como método anticonceptivo elegido: *“preservativo”*.

12.2 Nota de evolución e ingreso de V1 del 7 de septiembre de 2015, a las 2:00 horas, realizada por AR1 y MIP.

12.3 Hojas de Enfermería de paciente quirúrgico, de fecha 7 de septiembre de 2015.

12.4 Ultrasonido pélvico y de partes blandas de fecha 8 de septiembre de 2015.

12.5 Nota de ingreso de V1 del 7 de septiembre de 2015, a las 1:46 horas, realizada y firmada por SP2.

12.6 Hoja de Triage Obstétrico del 7 de septiembre de 2015.

12.7 Hoja de Vigilancia y Atención de Parto del 7 de septiembre de 2015.

12.8 Solicitud de Radiodiagnóstico del 7 de septiembre de 2015 a las 2:08 horas.

12.9 Nota de evolución del 7 de septiembre de 2015, de las 8:57 horas, realizada y firmada por AR2 y AR3.

12.10 Ultrasonido Obstétrico del 7 de septiembre de 2015, realizado a V1 por un Médico Radiólogo Intervencionista del Hospital General de Hidalgo.

12.11 Solicitud, Autorización y Registro de Intervención Quirúrgica, firmada por V1.

13. Opinión médica sobre el caso de V1 y V2, emitida el 7 de abril de 2016, emitida por un médico adscrito a este Organismo Nacional.

14. Oficio 009/DGPAST-RO/2016 de fecha 31 de mayo de 2016, suscrito por el Director General para la Atención del Sistema Tradicional Región Oriente de la Procuraduría General de Justicia en Hidalgo, mediante el cual informó que: *“no existe registro de averiguación previa alguna”*, relacionada con los presentes hechos.

15. Oficio sin número ni fecha, suscrito por la Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud de Hidalgo, mediante el cual rindió el informe requerido por este Organismo Nacional.

16. Oficios sin número, de 20 de mayo de 2016, suscritos por el Responsable de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia y el Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General de Hidalgo, mediante los cuales rindieron el informe requerido por este Organismo Nacional.

17. Oficios DDH/1665/2016 y DDH/1874/2016 recibidos en esta Comisión Nacional los días 14 de junio y 5 de julio de 2016, de la Fiscalía de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, a los que se adjuntaron los diversos 1290/2016/HUAUC y 1677, ambos de 2 de junio del mismo año, signados por los Agentes de Ministerio Público adscritos a la Primera y Tercera Mesa de Trámite de Huauchinango, Puebla, en los que se informó que no cuentan con registro de averiguación previa alguna, relacionada con los presentes hechos.

18. Actas Circunstanciadas de 15 y 27 de septiembre de 2016 en las que se hicieron constar las gestiones telefónicas efectuadas por funcionarios públicos de

este Organismo Nacional con V1 y Q, en las que manifestaron hechos relativos a la atención médica recibida en el Hospital General de Hidalgo.

19. Ampliación de la Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 30 de septiembre de 2016, por un médico adscrito a este Organismo Nacional.

20. Acta Circunstanciada de 6 de octubre de 2016 en la que se hizo constar la gestión telefónica efectuada por este Organismo Nacional con la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Hidalgo, en la que se informó que en relación a los hechos no cuentan con expediente de queja radicado en ese organismo local.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. Las Comisiones de Derechos Humanos del Estado de Puebla e Hidalgo, informaron a esta Comisión Nacional que en relación a los hechos no cuentan con expediente de queja.

22. Las Procuradurías Generales de Justicia de Puebla e Hidalgo, hicieron del conocimiento de este Organismo Nacional que no cuentan con registro de averiguación previa alguna sobre los hechos.

23. Por su parte, la Secretaría de Servicios de Salud de Hidalgo, señaló que no se ha fincado responsabilidad administrativa a algún servidor público del Hospital General de esa entidad.

IV. OBSERVACIONES.

24. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente **CNDH/4/2015/8214/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos: 1. A la

protección de la salud de V1; 2. A la vida en agravio de V2; 3. Al consentimiento informado en servicios de anticoncepción de V1; 4. A vivir una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1; 5. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

1. Derecho a la protección de la salud de V1.

25. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha sostenido 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”*¹.

26. Esta Comisión Nacional, ha reiterado 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”*².

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª/J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164

² CNDH. Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, del 23 de abril de 2009, párrafo 24.

27. Sobre el derecho a la protección de la salud, en relación con la protección de la salud reproductiva, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que *“el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*³.

28. Dicho Comité puntualizó que: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*; y recalcó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁴.

29. Asimismo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su numeral 12.2 establece que *“los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”*.

30. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*; asimismo que los Estados partes “se

³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24, párrafo 1. 5.

⁴ Ibid. Párr. 27.

comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

31. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y 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”*⁵.

32. En el siguiente apartado, esta Comisión Nacional analizará si la atención médica brindada a V1, cumple con los estándares relacionados con el derecho a la protección de la salud.

A. Atención médica brindada a V1 en el Hospital Integral de Puebla.

33. En el presente caso, este Organismo Nacional constató que el 6 de septiembre de 2015, V1, indígena náhuatl de 21 años de edad, presentaba un embarazo de 31 semanas de gestación, por lo que ese día acudió al Hospital Integral de Puebla, localizado en Pahuatlán, Puebla; lugar en el que de acuerdo con el quejoso, no pudo ser atendida por falta de ginecólogo, anestesiólogo, y pediatra. Ante esta

⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 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.

situación SP1 la refirió a otro hospital, al cual no pudo ser trasladada, por no contar con ambulancia, gasolina, ni chofer.

34. Durante su estancia en el Hospital Integral de Puebla, fue atendida por SP1, quien en la nota médica elaborada a las 22:50 horas del 6 de septiembre de 2015 reportó: *“no contamos con chofer de ambulancia, ni especialistas en turno GyO, pediatría, se le informa a familiar suegra en caso de desencadenarse trabajo de parto, mal pronóstico para el binomio, por semanas de gestación”*.

35. En cuanto a los hechos el Director del Hospital Integral de Puebla, informó que *“de acuerdo al diagnóstico de la paciente y por ser un producto prematuro con poca viabilidad y por no contar el Hospital Integral con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se indica su traslado al Hospital General de Huauchinango”*.

36. Respecto de los problemas para referir a V1, indicó que el Hospital Integral de Puebla cuenta con una ambulancia, la cual es operada por un *“chofer otorgado por la Presidencia Municipal”*, motivo por el que SP1 solicitó vía telefónica apoyo a la Comandancia de Pahuatlán, recibiendo una respuesta negativa; en consecuencia, V1 tuvo que trasladarse a otro hospital por sus propios medios.

37. Por lo que hace a la atención médica recibida en el Hospital Integral de Puebla, un médico de este Organismo Nacional estableció que, de acuerdo con lo asentado por SP1 en la nota médica realizada el 6 de septiembre, a las 22:50 horas, V1 acudió por presentar datos de inicio de trabajo de parto, toda vez que se reportó una dilatación cervical de un centímetro junto con actividad uterina, es decir, se encontraba en fase latente del trabajo de parto⁶, ante estos datos, V1 fue

⁶ Esta fase es definida como el periodo en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes múltiparas 12 horas.

diagnosticada con amenaza de parto pretérmino⁷ y se le indicó el tratamiento farmacológico necesario.

38. En relación a la ausencia de especialistas en Ginecología y Pediatría en el turno nocturno, se destaca que, esta Comisión Nacional solicitó a la autoridad sanitaria, un informe pormenorizado de los hechos constitutivos de la queja, siendo uno de ellos, la falta de especialistas en este turno, situación que fue señalada tanto por Q en su escrito, como por SP1 en su nota médica.

39. Sobre el particular, el Director del Hospital Integral de Puebla fue omiso en precisar tal circunstancia en su informe; asimismo, esta Comisión Nacional advierte que de acuerdo con lo establecido en la página electrónica de Servicios de Salud del Estado de Puebla, el Hospital Integral de Puebla cuenta con dichas especialidades, las cuales brindan atención en el servicio ordinario del hospital, la de Ginecología los sábados y domingos en un horario de 8:00 a 20:00 horas, mientras que el de Pediatría los días lunes, martes y miércoles en un horario de 8:00 a 20:00 horas. Por lo anterior, este Organismo Autónomo tiene por acreditada la falta de personal médico especializado en Ginecología y Pediatría, que brinde atención dentro del servicio de urgencias.

40. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la obligación de realizar, implica que el Estado debe garantizar que *“los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada”*⁸. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que

⁷ La bibliografía médica refiere que el parto pretérmino representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

⁸ Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

en los “establecimientos públicos de salud”, no puede faltar “personal médico y capacitado”⁹.

41. El numeral 4.23 de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 “*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*”, enuncia que el servicio de urgencias, es el “conjunto de áreas, equipos y personal profesional y técnico del área de la salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica”.

42. Conforme el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los servicios de urgencias “de cualquier hospital deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, y que dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando de forma permanente con médico de guardia responsable del mismo”.

43. Los numerales 5.1 y 5.2 de la NOM-206-SSA1-2002 “*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica*”, prescriben que los establecimientos de atención médica que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz; y que el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

⁹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

44. Este Organismo Constitucional advierte que con la falta de operador de ambulancia, el Hospital Integral de Puebla incumple con lo establecido en el artículo 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, mismo que establece que el *“traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas”*.

45. De igual forma, se incumple el numeral 9.1 de la NOM-020-SSA2-1994, *“Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia”*, mismo que dispone: *“9.1 La tripulación de las unidades móviles tipo ambulancia terrestres de atención médica de urgencias, debe estar compuesta, como mínimo, por un operador de vehículos de urgencias y dos elementos capacitados para la atención de urgencias”*.

46. El Hospital Integral de Puebla al ser de segundo nivel, debía contar con los servicios de ginecología y obstetricia y pediatría en el servicio de urgencias, por lo que, la falta de personal médico que atienda estas especialidades en el servicio de urgencias médicas y de los recursos materiales indispensables para otorgar una atención médica oportuna, constituyeron una responsabilidad institucional, que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud. Teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, este Organismo Nacional considera que se violó el derecho a la protección de la salud de V1.

B. Atención médica brindada a V1 en el Hospital General de Hidalgo.

47. Q manifestó que por así convenir a los intereses de los familiares de V1, fue trasladada con sus propios medios al Hospital General de Hidalgo.

48. De acuerdo a las constancias que obran en el expediente, esta Comisión Nacional constató que el 7 de septiembre de 2015, V1 acudió al Hospital General de Hidalgo a las 1:46 horas, siendo atendida por SP2, quien al advertir la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), salida de líquido transvaginal al parecer de 24 horas de evolución, tarnier positivo¹⁰ y trabajo de parto en fase latente, decidió ingresarla al área de Ginecología y Obstetricia para su valoración.

49. A las 2:00 horas del mismo día, V1 fue atendida por AR1 y MIP, quienes reportaron: *“amnios íntegro (...) embarazo de término actualmente con trabajo de parto en fase activa, pero ya con regular inducida con oxitocina, cuenta con adecuadas condiciones para la resolución por la vía vaginal por lo que se decide continuar con la conducción del trabajo de parto en espera de resolución por eutocia, no cuenta con urgencia para interrupción del embarazo por vía abdominal (...) paciente quien se encuentra en esta institución por presentar RPM de tiempo y evolución desconocida”*.

50. Sobre lo asentado en la referida nota médica, el médico de este Organismo Constitucional manifestó, que no se fijó ningún parámetro de trabajo de parto en fase activa, periodo en el que se presentan contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm., además de destacar que el diagnóstico de fase activa es incongruente con el partograma realizado en esa fecha, del cual se desprende una dilatación cervical de 1 cm. de las 00:00 horas a las 6:00 horas del mismo día.

51. De ser el caso, AR y MIP debieron realizar verificación y registro de la contractilidad uterina y del latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina, al menos cada 30 minutos, así como la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el registro del pulso; acciones que no se efectuaron, tal y como se encuentran prescritas en la NOM-

¹⁰ Maniobra donde se ejerce una presión delicada observando salida de líquido transvaginal.

007-SSA2-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, vigente al momento de los hechos.

52. De igual forma, en la valoración objeto de estudio, se citó que el amnios¹¹ se encontraba íntegro, estos parámetros resultan contrarios a los datos contenidos en la nota realizada a las 1:46 horas por SP1, en la que se advierte que V1 registró tñarnier positivo y amnios no íntegro¹².

53. Siguiendo con el análisis de la nota médica, el médico de este Organismo Nacional observó, que ante el desconocimiento de la evolución de la RPM, se debió solicitar un ultrasonido obstétrico con la finalidad de investigar el índice de líquido amniótico, ya que la RPM también puede producir Oligohidramnios¹³, el cual si se deja evolucionar, puede ocasionar una disminución crítica del mencionado líquido, poniendo en riesgo la vida del producto de la gestación.

54. En opinión del médico de esta Comisión Nacional, la indicación de la aplicación de oxitocina (medicamento para acelerar el trabajo de parto), fue inadecuada, toda vez que se desconocía el estado clínico del producto, así como el índice de líquido amniótico¹⁴, ya que no se había realizado un ultrasonido obstétrico, tampoco se sabía la escala de Bishop (escala que indica el porcentaje de éxito en un parto vía vaginal), ni la posición y situación del producto para iniciar la inducción del trabajo de parto.

¹¹ Membrana que rodea al embrión.

¹² Es decir que se presentó una Ruptura Prematura de Membranas.

¹³ Es un trastorno en el que la cantidad de líquido amniótico que circunda al feto es insuficiente.

¹⁴ El líquido amniótico y las membranas fetales tienen entre muchas otras funciones (ambiente intraamniótico estéril, desarrollo pulmonar, deglución y micción fetal), la de proveer un espacio al feto para una movilidad adecuada y al cordón umbilical para evitar compresión del mismo durante los movimientos fetales y las contracciones uterinas.

55. Posteriormente V1 fue atendida por AR2 y AR3, quienes en la nota médica elaborada a las 8:57 horas, reportaron *RPM de evolución desconocida*, un *Fondo Uterino de 24 cm* y *ausencia de Frecuencia Cardíaca Fetal*, el análisis sobre este último elemento, se realiza más adelante (infra párrafos 66, 67 y 68).

56. Por lo que hace al registro de un Fondo Uterino de 24 cm, el médico de este Organismo Nacional indicó que en la valoración de las 2:00 horas, realizada por AR1 y MIP, establecieron Fondo de 34 cm, es decir, el parámetro abdominal presentó una disminución de 10 cm, lo que nos indica una evolución crítica de Oligohidramnios, hecho que no fue tomado en cuenta por AR2 y AR3, ya que ante esta situación, debieron solicitar un ultrasonido obstétrico inmediatamente, con el objetivo de conocer el estado clínico del producto y ordenar la resolución obstétrica vía abdominal de carácter urgente.

57. Este Organismo Constitucional considera que el personal médico del Hospital General de Hidalgo, involucrado, tenía el deber de cuidado en su calidad de garantes del derecho a la salud materna, derivada de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: “*I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica*”, así como “*II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno*”; lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que “*Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...) con estricto respeto de sus derechos humanos*”.

58. En suma, esta Comisión Nacional advirtió que AR1 no estableció algún parámetro de trabajo de parto en fase activa, realizó un diagnóstico incongruente y contradictorio e indicó inadecuadamente la aplicación de oxitocina, además de omitir realizar verificación y registro de la contractilidad uterina, así como solicitar ultrasonido obstétrico; mientras que AR2 y AR3, no tomaron en cuenta la disminución del parámetro abdominal y evolución crítica de Oligohidramnios, ni

solicitaron un ultrasonido obstétrico para conocer el estado clínico del producto para normar la conducta de resolución obstétrica urgente. Para este Organismo Nacional, los anteriores hechos constituyeron una violación al derecho a la protección de la salud de V1.

59. De igual forma, inobservaron los artículos 1º, párrafos primero y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo, 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 007- SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”*, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento y los artículos 2º y 3º, fracción II de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.

60. Asimismo, el personal médico omitió observar los artículos 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1, 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

2. Derecho a la vida de V2.

61. Para este Organismo Nacional el derecho a la vida *“consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un*

*valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano*¹⁵.

62. El derecho a la vida tiene un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

63. Este Organismo Constitucional ha reiterado que *“los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales – como el derecho a la vida*¹⁶; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso¹⁷.

64. Para reducir la mortalidad infantil el Comité de los Derechos de Niño en la Observación General N° 15 ha recomendado *“fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién*

¹⁵ Recomendación 51/2015, Sobre el caso de inadecuada atención médica y violencia obstétrica en agravio de V1 y V2, en el Hospital General de Acatlán de Osorio de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, párrafo 110.

¹⁶ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

¹⁷ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 106

nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido”.

65. Asimismo, ha expuesto que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”.*¹⁸

66. Este Organismo Constitucional colige que la protección a la salud de V1 se encontraba interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo de V2 hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que fuera satisfecho con efectividad el derecho de V1 al acceso al derecho a la salud, se garantizaría la viabilidad de V2.

67. Dicha interconexión, se encuentra latente en el contenido del artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño, al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”.*

68. En el presente caso, el médico adscrito a este Organismo Constitucional constató que AR2 y AR3, reportaron en la nota médica elaborada a las 8:57 horas del 7 de septiembre de 2015, ausencia de Frecuencia Cardíaca Fetal en V2, lo que nos señala la presencia de alguna complicación perinatal que pone en peligro la vida del producto de la gestación, ya que la RPM se encuentra asociada a

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

infección perinatal y produce compresión del cordón umbilical que desencadena complicaciones sistémicas; con mayor razón debieron haber solicitado el mencionado estudio de imagen, así como un registro cardiotocográfico como prueba sin estrés, si bien en el expediente clínico se encuentra la realización de dicha prueba, esta se efectuó desde las 8:00 horas, por lo que se debió realizar otro.

69. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que la atención médica brindada por AR1 y MIP fue a las 2:00 horas, y que hasta las 8:57 horas fue atendida nuevamente por AR2 y AR3, por lo que mediaron aproximadamente más de 6 horas sin tener conocimiento del estado de V2, lo que desencadenó una inadecuada vigilancia del binomio madre-hijo, produciendo complicaciones perinatales que pusieron en peligro la vida de V2.

70. La NOM-007-SSA2-1993 (actualmente NOM-007-SSA2-2016) resalta la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, mediante la aplicación de los procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso. El incumplimiento de la citada norma, ha sido referido reiteradamente en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional¹⁹.

71. Con respecto al ultrasonido, este se realizó a V1 a las 10:02 horas del 7 de septiembre de 2015, por un Médico Radiólogo Intervencionista del Hospital General de Hidalgo, quien reportó “*Oligohidramnios severo*”.

¹⁹ Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015, 20/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016 38/216, 47/2016 y 50/2016.

72. Cabe resaltar que el citado estudio se había solicitado desde las 2:08 horas, por lo que se efectuó aproximadamente 8 horas después de que se ordenó, esto significa que durante el tiempo que V1 estuvo hospitalizada, se dejó evolucionar el Oligohidramnios, teniendo como resultado una disminución importante de líquido amniótico, un índice de Phelan de 2²⁰, lo que desencadena en la mayoría de los casos, compresión del cordón umbilical que aunado a la ausencia de Frecuencia Cardíaca Fetal, puso en riesgo la vida de V2, por lo que AR1, AR2 y AR3, debieron realizar de manera urgente resolución obstétrica vía cesárea, con la finalidad de salvaguardar la vida de V2.

73. En el expediente clínico del Hospital General de Hidalgo, se encuentra un estudio de imagen de 26 de mayo de 2015, realizado por un médico particular, quien estableció: *“embarazo con producto único vivo al momento del estudio activo y reactivo en presentación cefálica anterior variable de 16.3 SDG líquido amniótico disminuido para edad gestacional Oligohidramnios”*. Con respecto al estudio cabe mencionar, que éste fue mostrado por la paciente al personal médico ya que se encuentra como parte del expediente clínico del Hospital General de Hidalgo, es decir, que no fue tomado en cuenta a pesar de que desde la semana 16 de gestación se encontraba en evolución el Oligohidramnios²¹ ya que no se tomaron las medidas necesarias para una adecuada vigilancia del binomio materno-fetal.

74. La bibliografía médica refiere que la presentación de dicha patología a menor edad gestacional implica mayor compromiso fetal, es decir, que al no solicitar el estudio de imagen con carácter urgente no se tuvo conocimiento del estado clínico

²⁰ Esto es un estado crítico de la disminución de líquido amniótico, complicación secundaria a RPM.

²¹ El Oligohidramnios es una patología que no produce una muerte repentina, es decir que ésta es de origen evolutivo.

del producto, toda vez que se presentó RPM, lo que desencadenó un Oligohidramnios severo. En opinión del médico de esta Comisión Nacional, V2 presentó sufrimiento fetal, tal circunstancia produjo un deterioro grave de su estado clínico.

75. Del informe rendido por el Responsable de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Hidalgo se desprende, que AR2 tomó la decisión de pasar a quirófano a V1 *“a las 12:30 horas para practicarle una cesárea”*, reportándose el nacimiento de V2 a las 13:25 horas del día 7 de septiembre de 2015. Por lo anterior es posible asegurar, que no obstante el diagnóstico de Oligohidramnios severo que se detectó en el ultrasonido de las 10:02 horas, la intervención quirúrgica no se realizó de manera inmediata.

76. La evolución de Oligohidramnios, disminuyó la sobrevivencia del producto de la gestación, produciéndole alteraciones sistémicas sobre todo respiratorias al momento de nacer; en su record quirúrgico se reportó: *“...nacido femenino a las 13:25 hrs del día (sic) 07.09.15 con apgar 2... múltiples malformaciones (implantación baja de pabellones, equino varo, malformación sacra)”*.

77. Finalmente, a las 14:55 horas, se elaboró la nota de defunción de V2 en la que se asentó: *Se da hora de defunción a las 13:45 hrs con los diagnósticos: 1.- Asfixia perinatal severa, 2.- Síndrome dismórfico, 3.- Recién nacido pretérmino de 31 SDG, 4.- Peso adecuado para edad gestacional”*; siendo asentado en el Certificado de Defunción los diagnósticos de: *“Asfixia Perinatal Severa, Síndrome Dismórfico y Recién Nacido Prematuro de 31 SDG”*.

78. Este Organismo Nacional observa, que V1 durante el periodo gestacional, presentó algunas complicaciones, las cuales de haber sido vigiladas y atendidas de forma oportuna y adecuada por parte del personal del Hospital General de

Hidalgo, hubieran evitado las complicaciones que produjeron una inestabilidad a nivel cardio-respiratorio, lo que produjo la pérdida de la vida de V2.

79. En conclusión, por la inadecuada vigilancia y dilación en la resolución obstétrica de V1, imputable a AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital General de Hidalgo, se desencadenaron eventos que complicaron el estado clínico del producto de la gestación que dio como resultado la pérdida de la vida de V2.

80. Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional tiene por acreditada la violación del derecho a la vida de V2, previsto en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño y 6°, 13 y 14 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Hidalgo.

3. Derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción de V1.

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

*se respeta su dignidad, (...) se garantiza su intimidad (...) y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas*²².

82. La NOM-005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*, define al consentimiento informado como la *“decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento”* y comprensión de la información pertinente y sin presiones. El numeral 4 de la Carta de los Derechos de los Pacientes, establece que el *“paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido”*²³.

83. Esta Comisión Nacional ha sostenido que el consentimiento informado constituye *“una expresión fundamental de la relación médico-paciente comprensiva, en tanto exista el respeto irrestricto a la autonomía y a la responsabilidad de ofrecer información completa por parte del médico al paciente”*. *“Las autoridades estatales tienen la obligación de garantizar el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos”*²⁴.

84. Este Organismo Constitucional entiende que la libre elección de un método anticonceptivo por parte de las mujeres debe ser respetada de manera absoluta

²² Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Caso A.S vs Hungría, comunicación No. 4/2004, párr. 11.3.

²³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”. Numeral 4. Enlace: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

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

por parte del personal médico y bajo ninguna circunstancia éstos podrán deliberadamente imponer alguno, aun y cuando consideren que un método determinado es mejor que otro.

85. De igual forma, este Organismo Autónomo ha señalado que *“el consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las y los usuarias/os. Por lo anterior, las y los proveedores de servicios de salud deben garantizar que las mujeres den su consentimiento informado para cualquier procedimiento de salud reproductiva, sin ningún tipo de coerción, violencia o discriminación y sea respetada su decisión”*²⁵.

86. V1 en comunicación telefónica con esta Comisión Nacional manifestó, que inicialmente había elegido como método de planificación familiar el preservativo, sin embargo, ante la insistencia del personal médico, quienes le advirtieron que volver a embarazarse era muy riesgoso para su salud, *“aceptó el DIU”* ²⁶ y *“recuerda que firmó un documento”*. Expresó que después de la cirugía se le colocó este método, el cual se le salió al realizarle una limpieza, negándose posteriormente a que se lo pusieran de nuevo. Agregó que el personal del Hospital General de Hidalgo le insistía para que aceptara de nuevo el método, que incluso una doctora le dijo que *“no saldría de ahí hasta que se lo pusieran”*.

87. En la misma comunicación, Q precisó que V1 *“pertenece a la etnia náhuatl, por lo que a veces no entiende bien el español y por lo tanto es posible que lo que firmó no fuera el consentimiento para que se le colocara el DIU”*.

²⁵ Ibid. Párrafo 26.

²⁶ Dispositivo Intrauterino.

88. En el expediente clínico de V1 se advierte, que el 7 de septiembre de 2015, V1 suscribió dos hojas de consentimiento informado de método de planificación familiar, en el primero consta que no aceptó utilizar algún método de planificación familiar temporal o definitivo, mientras que en el segundo autorizó el método de preservativo. Sin embargo, en nota médica suscrita por AR1 y MIP a las 2:00 horas del mismo día, se describe que *“se ofertó método de planificación familiar temporal y acepta DIU”*.

89. De acuerdo con lo establecido por una médica adscrita a este Organismo Nacional, esta situación resulta incongruente, ya que V1 en ese momento cursaba un embarazo complicado²⁷ como para cambiar de decisión en ese momento. Del mismo modo observó, que no se recabó la Hoja de Consentimiento Informado de método de planificación familiar, de la que se desprendiera su autorización para la colocación del DIU, por lo tanto, no se puede determinar si V1 otorgó su consentimiento con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones, tal como lo describe la NOM-005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*.

90. Conforme a las evidencias V1 cambió en tres ocasiones el método de planificación familiar, por lo anterior, este Organismo Nacional considera que no hay congruencia en la obtención del consentimiento y que existen elementos suficientes para constatar que a V1 le fue colocado el DIU sin su consentimiento informado, ya que no obra en el expediente la Hoja de Consentimiento respectiva.

91. Cabe resaltar que en el expediente clínico de V1, no se encuentran notas médicas donde se describa el procedimiento de colocación del DIU, sin embargo, en la hoja de enfermería de paciente quirúrgico, del mismo 7 de septiembre, se

²⁷ Embarazo pre término, ruptura prematura de membranas y Oligohidramnios.

describió en las observaciones transoperatorias *“colocación de DIU”*, mientras que en el rubro de diagnóstico post-operatorio se asentó *“Cesárea más DIU”*. Teniendo en cuenta estos elementos, la médica de este Organismo Nacional determinó, que a la paciente sí se le colocó el DIU el día 7 de septiembre de 2015.

92. Esta situación contraviene lo dispuesto por la NOM-005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*, la cual indica que el consentimiento de algún método de planificación familiar, debe ser otorgado sin presiones y *“no debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional”*.

93. Asimismo menciona, que debe proporcionarse a mujeres y hombres información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, *“su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo”*. *“La consejería debe tomar en cuenta en todo momento que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial”*. Los consejeros, al proporcionar la información sobre planificación deben tomar en cuenta los elementos del *“entorno sociocultural y familiar y saber transmitir la información en forma clara y accesible”*.

94. La falta de la Hoja de Consentimiento Informado, es un hecho que trasgredió lo establecido en el artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud, el cual contiene los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social, entre los que se encuentra: otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos; de igual forma, lo previsto en el numeral 5 de la Carta de los Derechos de los Pacientes²⁸, donde se reconoce que el paciente o en

²⁸ Op. Cit. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Numeral 5.

su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo.

95. Es importante resaltar, que la información impresa en las constancias de consentimiento informado de método de planificación familiar realizadas el 7 de septiembre de 2015, describe lo siguiente: “2.- *LOS METODOS TEMPORALES DISPONIBLES EN EL HOSPITAL GENERAL SON LAS PASTILLAS (HORMONAS INYECTABLES)*”, es decir, que no se informa por escrito que dentro de los métodos anticonceptivos temporales se encuentra el Dispositivo Intrauterino (DIU), siendo este último el que se le “*ofertó*” y colocó a V1, por lo tanto, el personal médico encargado de la redacción de dicho formato, así como el personal de salud encargado de la consejería, incumplió la NOM-005-SSA2-1993, “*De los servicios de planificación familiar*”, en sus apartados 5.4.2.1 y 5.4.2.2.

96. Aunado a las vulneraciones descritas, de conformidad con la opinión médica emitida por personal de esta Comisión Nacional, la “Hoja de Consentimiento Informado” incumplió los numerales 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”; ya que faltó el nombre completo y firma tanto de V1 como de los testigos, y del médico responsable que recabó la autorización.

97. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, el hecho de que en la Hoja de enfermería, elaborada en esa fecha, se describió lo siguiente: “*Cesárea (DIU) sin Método (...) Al momento de extraer coágulos **sale el DIU y no se vuelve a colocar***”. Al respecto el 27 de septiembre de 2016, mediante comunicación telefónica sostenida con este Organismo Constitucional, Q señaló que acudió con

V1 a una revisión con un médico particular, quien les indicó que no tenía el citado dispositivo.

98. No obstante lo anterior, este Organismo Autónomo tiene por acreditada la violación al derecho al consentimiento informado de V1, por las razones expuestas en el presente apartado.

4. Derecho a una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica de V1.

99. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”*; *“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”*, y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*.

100. Este Organismo Nacional destaca que en términos del artículo 5°, fracción VI, inciso f), de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Hidalgo, la violencia obstétrica es *“Aquella ejercida por el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas: (...) f) Impedir el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, atentando contra su privacidad y dignidad ante la pérdida de su autonomía”*.

101. La violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones que hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas.

102. La Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas autoritarias en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

103. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

104. De las evidencias expuestas esta Comisión Nacional constató, que no obstante la decisión de V1 de utilizar el preservativo como método anticonceptivo, el personal médico del Hospital General de Hidalgo le colocó el DIU, dispositivo que acorde con la hoja de enfermería, salió al *“momento de extraer coágulos”*, asentándose que no se volvió a colocar.

105. Teniendo en cuenta estos elementos, este Organismo Nacional considera que el método anticonceptivo elegido (preservativo) por V1, no fue respetado por el personal médico del Hospital General de Hidalgo, y se le colocó otro método

(DIU) sin su consentimiento informado, constituyendo un acto de violencia obstétrica en agravio de V1.

106. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1, violó el derecho a una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”) y el artículo 5°, inciso f), fracción VI de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Hidalgo.

5. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

107. El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 se afectó, toda vez que el Estado no le garantizó una atención médica de calidad, circunstancia que repercutió en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

108. Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4° de la Constitución al decir: “[t]oda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Por su parte 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 la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

109. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que los derechos reproductivos *“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el*

intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. Asimismo sostuvo que: “[l]a falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”.²⁹

110. Este Organismo Autónomo tiene presente que la atención médica que se brindó a V1 fue inadecuada, situación que se aborda al analizar la atención brindada por AR1, AR2 y AR3; con lo que esta Comisión Nacional considera que en efecto, la actuación de los médicos incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento, pues de las constancias que integran el expediente, se advierte que V2 era viable y la inadecuada atención médica que recibió V1 influyó en la gravedad del estado de salud de V2, que derivó en la pérdida de la vida, con lo que V1 vio vulnerado su derecho a la libertad y autonomía reproductiva, pues se le anuló la posibilidad de decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos.

6. Responsabilidad.

111. Tomando en cuenta la argumentación expuesta en este apartado de observaciones, las autoridades responsables incurrieron en los siguientes actos violatorios de Derechos Humanos, que en su conjunto, trascendieron a la pérdida de la vida de V2:

112. El Hospital Integral de Puebla no cuenta con especialistas en Ginecología y Obstetricia, ni Pediatría en servicios de urgencia para atender las emergencias obstétricas durante el turno de la noche, además de no tener un operador de ambulancia disponible para realizar las referencias; circunstancias que configuran

²⁹ “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257. Párr. 147 y 148.

responsabilidad institucional por parte del Hospital Integral de Puebla, de manera que, se deberán tomar las medidas necesarias para cumplir los estándares nacionales e internacionales en materia de salud.

113. En relación a la atención médica brindada en el Hospital General el día 7 de septiembre de 2015 se aprecia que en la valoración de las 2:00 horas, AR1 no estableció algún parámetro de trabajo de parto en fase activa, elaboró un diagnóstico incongruente y contradictorio, indicó inadecuadamente la aplicación de oxitocina y omitió realizar verificación y registro de la contractilidad uterina, así como solicitar ultrasonido obstétrico.

114. Asimismo se advierte que AR1 estableció que V1 aceptaba la colocación del DIU; sin embargo no existe constancia de la que se desprenda la autorización de V1 debidamente informada, no obstante, le colocó el DIU a V1.

115. Por lo que hace a la atención de las 8:57 horas, AR2 y AR3, no tomaron en cuenta la disminución del parámetro abdominal y evolución crítica de Oligohidramnios, ni solicitaron un ultrasonido obstétrico para conocer el estado clínico del producto para normar conducta de resolución obstétrica urgente. Sumado a esto, omitieron realizar otro registro cardiográfico como prueba sin estrés, ante la ausencia de Frecuencia Cardíaca Fetal.

116. La inadecuada vigilancia y dilación en la resolución obstétrica por parte de AR1, AR2 y AR3, desencadenaron eventos que complicaron el estado clínico del producto de la gestación que dio como resultado la pérdida de la vida de V2.

117. Esta Comisión constató que AR1, AR2 y AR3 incumplieron con las obligaciones previstas en el artículo 47, fracciones I, XXIII y XXXII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Hidalgo, que conminan a los servidores públicos a cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión.

7. Reparación integral del daño.

118. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

119. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, 2º fracción I, II y II, 3º, 8º fracción V, 12 y 16, 25 y 26 de la Ley de Atención, Asistencia y Protección a Víctimas de Delitos y Violaciones a Derechos Humanos para el Estado de Hidalgo, al acreditarse las violación a los derechos a la protección de la salud, al consentimiento informado en servicios de anticoncepción y a vivir una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, así como al derecho a la vida de V2, esta Comisión Nacional solicitará a la autoridad responsable, la inscripción de V1 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas; a fin de que tengan acceso a los servicios y al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral del Estado de Hidalgo, previsto en la aludida Ley.

120. Esta Comisión Nacional sostiene, que el personal médico del Hospital General de Hidalgo, debió considerar las circunstancias de V1 al otorgar la atención médica. Para este Organismo Nacional, la condición de indígena de V1 revierte una especial relevancia, por tratarse de una mujer embarazada perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad. Para estos efectos, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, ha destacado la

necesidad de *“generar estrategias sectoriales para el fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales y el emprendimiento de acciones transversales y concurrencia de recursos para el mejoramiento de infraestructura, equipamiento, abastecimiento de insumos y conectividad de las unidades que ofrecen servicios de atención de salud a las mujeres indígenas”*³⁰.

a) Medidas de rehabilitación.

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

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

b) Medidas de satisfacción.

123. Una vez acreditadas las violaciones a los derechos humanos en la presente Recomendación, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones,

³⁰ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CDI-PNUD) “La mortalidad materna indígena y su prevención”. 2010.

presente queja ante la instancia competente a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente en contra de AR1, AR2 y AR3 por la vulneración de los derechos a la protección de la salud, al consentimiento informado en servicios de anticoncepción y a vivir una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1, así como al derecho a la vida de V2.

124. Asimismo, esta Comisión Nacional presentará denuncia contra AR1, AR2 y AR3 ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, toda vez que sus acciones y omisiones trascendieron a la pérdida de la vida de V2.

c) Garantías de no repetición.

125. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda al Hospital Integral de Puebla tomar las medidas necesarias para contar también el turno nocturno con especialistas en ginecología y obstetricia, así como en pediatría, además realizar las gestiones pertinentes para que la ambulancia cuente con un operador de vehículos de urgencias las 24 horas, los 365 días del año.

126. Al Hospital General de Hidalgo, se recomienda el diseño e impartición de un curso y un taller de capacitación y formación en materia de derechos humanos de las mujeres, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud y su interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida; derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción y derecho a una vida libre de violencia. Dicho curso deberá ser impartido por personal especializado con perspectiva de género, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

127. Asimismo se recomienda, el diseño e impartición en el Hospital General de Tulancingo, de un curso sobre la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* y NOM-005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento.

d) Compensación.

128. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1. Para ello, deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial, y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

129. En el presente caso, este Organismo Nacional hace especial énfasis en el hecho de que V1 es indígena náhuatl, situación que permite establecer las condiciones de vulnerabilidad que determinan la procedencia de la reparación del daño en su favor.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES:

A usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Puebla:

ÚNICA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que el Hospital Integral de Pahuatlán de Valle, en esa Entidad, cuente con personal capacitado y suficiente para atender de manera eficaz y con oportunidad las urgencias obstétricas durante el turno nocturno, específicamente especialistas en

ginecología, obstetricia y pediatría; así como proveer lo necesario para contar con el servicio de ambulancia y de un operador de vehículos de urgencias disponible las 24 horas durante todo el año y se remitan las constancias que así lo acrediten a esta Comisión Nacional.

A usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo:

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1 y V2, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General de Tulancingo, en esa Entidad, que incluya una compensación y rehabilitación con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica de seguimiento a V1 y V3 en el Hospital General, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, o en algún otro centro de atención médica perteneciente a la misma, así como atención psicológica y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñe e imparta en el Hospital General de Tulancingo, un curso y un taller de capacitación y formación en materia de derechos humanos de las mujeres, específicamente en relación al derecho a la protección de la salud y su interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida; al derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción y al derecho a una vida libre de violencia. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar actos como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el Hospital General de Tulancingo un curso sobre la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* y NOM-005-SSA2-1993, *“De los servicios de planificación familiar”*, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento, y se remitirán a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se implemente una campaña de difusión a la población en general de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como de métodos de planificación familiar, y se envíen a esta Comisión Nacional, las constancias de las acciones implementadas.

SEXTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Tulancingo, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en el procedimiento administrativo que se inicie contra AR1, AR2 y AR3, con motivo de la queja que este Organismo Nacional presente ante la instancia correspondiente.

OCTAVA. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia contra AR1, AR2 y AR3 que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de Justicia del

Estado de Hidalgo, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Se inscriba a V1 y V2 en el Registro Estatal de Víctimas de Hidalgo, a fin de que tengan acceso al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral del Estado de esa entidad federativa, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

130. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

131. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

132. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

133. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar a las legislaturas de las entidades federativas, que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ