



Recomendación 15/2012

Expedientes:

- A. CDHDF/III/121/BJ/10/D1832
- B. CDHDF/III/122/GAM/10/D6032
- C. CDHDF/III/122/BJ/11/D4312
- D. CDHUS/III/122/XOCH/12/D0312
- E. CDHUO/III/122/IZTP/10/D6387
- F. CDHUD/III/122/XOCH/11/D3758
- G. CDHUO/III/122/VC/11/D1395
- H. CDHDF/III/122/AZCAP/10/D3843
- I. CDHDF/III/122/MA/10/D6802
- J. CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2029
- K. CDHDF/III/122/VC/11/D2134
- L. CDHDF/III/122/IZTP/12/D0190
- M. CDHDF/III/122/TLAH/11/D1675
- N. CDHDF/III/122/IZTP/11/D3869
- O. CDHDF/III/122/COY/11/D5821
- P. CDHUS/III/122/TLAL/11/D2378
- Q. CDHDF/III/122/GAM/10/D0392

Caso

"Salud y vida de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio" y "salud y vida de las niñas y los niños recién nacidos (as)".

Peticionarios/as

Usuaris y familiares de las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.

Agraviados/as

Usuaris de los servicios de salud materna del Distrito Federal.
Familiares de las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.
Niñas y niños, recién nacidos (as), usuarios (as) de los servicios de salud del Distrito Federal.

Autoridades responsables

Secretaría de Salud del Distrito Federal

Derechos humanos violados

- I. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
- II. Derecho a la integridad personal
- III. Derecho a la vida
- IV. Derecho al desarrollo, supervivencia, a la vida y a la salud de las niñas y niños
- V. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos]

Proemio y autoridades responsables

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a los 10 días del mes de octubre de 2012, visto el estado que guardan los expedientes de queja citados al rubro, y una vez concluida la investigación de los hechos motivo de los mismos, la Tercera Visitaduría General de esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [en adelante "CDHDF", "Comisión" u "Organismo"], con fundamento en los artículos 24 fracción IV y 46 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 82, 136, 137 de su Reglamento Interno, formuló el proyecto de recomendación que, aprobado por el suscrito en términos de lo establecido en los artículos 2; 3; 5; 6; 17 fracciones I, II y IV; 22 fracciones IX y XVI; 47; 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como en los artículos 119, 120, 138 y 139 de su Reglamento Interno, constituye la Recomendación 15/2012 dirigida a la siguiente autoridad:

Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 15 fracción VII, 16, 17 y 29 fracciones IX y X, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de las y los peticionarios y agraviados

De conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, el artículo 5 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se informó a las y los peticionarios y agraviados relacionados con la presente Recomendación, que por ley sus datos personales no son públicos y que en consecuencia permanecerán confidenciales, salvo solicitud expresa para que, en la medida de lo necesario tal información se publique.

La persona peticionaria en el expediente de queja CDHDF/III/122/COY/11/D5821 [caso "O"] solicitó que sus datos se mantuvieran confidenciales incluso para las autoridades responsables.

Por así convenir a sus intereses, las y los demás peticionarios y las y los agraviados decidieron que sus datos personales fueran confidenciales al momento de publicar la recomendación, a excepción de los datos de las y los peticionarios y agraviados en los expedientes CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2029 [caso "J"], CDHDF/III/122/VC/11/D2134 [caso "K"] y CDHDF/III/122/IZTP/12/D0190 [caso "L"] quienes dieron autorización expresa para la publicidad de los mismos.

Con fundamento en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de cada uno de los apartados que constituyen la presente Recomendación:



Desarrollo de la Recomendación

I. Relatoría de hechos

I.1. Antecedentes

Durante los años 2010, 2011 y en lo que va de 2012 se presentaron en esta Comisión diversas quejas de las cuales se presume la violación al derecho a la salud, vida e integridad personal de mujeres embarazadas y niños(as) usuarios(as) de los servicios de salud del Distrito Federal, de las cuales 17 se incluyen en esta Recomendación.

Los hechos de las quejas se dan en el contexto de una atención médica deficiente al término del embarazo, ya sea por una mala práctica médica¹ o por la falta de equipo médico adecuado y suficiente en los siguientes hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal [en adelante "Secretaría de Salud" o "SSDF"]: Hospital General Milpa Alta, Hospital General Ticomán, Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Hospital General Iztapalapa, Hospital General Xoco, Hospital General Balbuena, Hospital de Especialidades Belsario Domínguez, Hospital Materno Infantil Tláhuac, Hospital Materno Infantil Inguarán, Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano", Hospital Materno Infantil Topilejo, Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, Hospital Pediátrico Tacubaya y Hospital Pediátrico de Coyoacán.

Algunos de los casos que se presentan en la Recomendación culminaron en la muerte de la madre o del niño, o bien, se presentaron secuelas en la salud de mujeres, niñas y niños; asimismo, en algunos casos el producto de la gestación fue expulsado sin signos vitales del cuerpo de la mujer.

De las quejas, también se desprende la existencia de violencia institucional, violencia obstétrica y violencia en contra de los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva, lo cual se traduce en la discriminación de la mujer. Lo anterior ya que el gobierno del Distrito Federal no garantizó lo necesario para la especial atención de la salud de las mujeres, sobre todo en caso de emergencias obstétricas.

Es importante mencionar que con motivo de las quejas esta Comisión y la Secretaría de Salud celebraron diversas reuniones e intercambiaron información a fin de llegar a una conciliación. El 14 de junio de 2012 mediante oficio 3-839912 esta Comisión envió a la SSDF una propuesta de acuerdo conciliatorio; no obstante, si bien se pudieron llegar a acuerdos en la mayoría de los puntos conciliatorios, no fue así en el caso de la reparación del daño por concepto de indemnización, propuesta que no fue aceptada por la Consejería Jurídica de dicha dependencia.

¹ La mala práctica médica la podemos definir como la omisión del deber de cuidado por parte del personal médico responsable de atender a la paciente.



L2. Hechos que dieron origen a las quejas

De los escritos de queja que se desprenden los siguientes hechos:

L2.1. Caso "A" [expediente CDHDF/III/121/BJ/10/D1832]

El día 22 de enero del 2010, se recibió en esta Comisión una queja vía telefónica² que dio origen al expediente citado. De la queja se desprenden los siguientes hechos:

- La agraviada acudió al Hospital General Xoco de la SSDF con la finalidad de atender su parto.
- Durante el parto sufrió un desgarre del recto y la vagina, por lo que uno de los médicos del Hospital le realizó una cirugía para corregir el desgarre, sin los resultados esperados y agravándose el problema, ya que no era el especialista indicado para realizar dicho procedimiento.
- Actualmente, para mejorar sus condiciones de salud, la agraviada requiere someterse a otra cirugía para intentar corregir el daño, la cual no ha podido llevar a cabo debido a que por su situación económica no puede tener lo necesario para su recuperación. Asimismo, de someterse a la cirugía su hijo quedaría desprotegido.

L2.2. Caso "B" [expediente: CDHDF/III/122/GAM/10/D6032]

El 7 de septiembre de 2010 se recibió la queja del peticionario,³ de la que se desprenden los siguientes hechos:

- El 24 de agosto del 2010 acudió junto con su esposa al Hospital Materno Infantil Cuauhtepac a fin de que atendieran su parto de término.
- El médico que los atendió en el nosocomio manifestó a la agraviada que aún faltaba tiempo para que el bebé naciera y los envió a casa. El día siguiente por la madrugada la agraviada ingresó de urgencias al citado nosocomio, pero el médico que estaba de turno no la atendió de inmediato ya que estaba durmiendo. Hasta las doce horas le brindaron la atención médica a la agraviada y le informaron al peticionario que su esposa había tenido un niño.
- Posteriormente, a las dieciséis horas del mismo día las enfermeras le informaron que su hijo había tenido un paro cardíaco y que era necesario trasladarlo al Hospital Materno Infantil de Tacubaya, lugar en donde el 29 de agosto, el niño falleció debido a una falla orgánica múltiple, asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio e hipertensión arterial pulmonar.⁴

² Véase anexo. Evidencia número VI.A.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 25 de marzo de 2010, de la que da fe una visitadora adjunta de esta Comisión.

³ Véase anexo. Evidencia número VI.B.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 7 de septiembre de 2010, da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

⁴ *Idem*.



L2.3. Caso "C" [expediente: CDHDF/III/122/BJ/11/D4312]

En comparecencia del 14 de julio de 2011,⁵ el peticionario interpuso una queja de la que se desprenden los siguientes hechos:

- La agraviada, el 27 de mayo del año en curso, como producto de su embarazo tuvo a un varón el Hospital General Xoco.
- El día 31 del mismo mes y año, al pretenderla dar de alta, ella presentó complicaciones dado que tenía temperatura, aunado a que tenía molestias en su abdomen y muy hinchados los pies, por ello permaneció internada. Sin embargo, días después el personal que la atendía informó al peticionario que tenía una pequeña infección la cual, supuestamente, estaba controlada.
- Le practicaron varios lavados quirúrgicos en ese Hospital y desde esa fecha su estado de salud se fue deteriorando.
- El peticionario se vio obligado a solventar gastos como adquisición de material y renta de equipo médico necesario para la adecuada atención de su esposa.⁶

L2.4. Caso "D" [expediente: CDHUS/III/122/XOCH/12/D0312]

El 18 de enero de 2012 se recibió una queja,⁷ de la que se desprenden los siguientes hechos:

- La agraviada, quien tenía casi 40 semanas de gestación, acudió el 16 de enero de 2012 al Hospital Pediátrico de Xochimilco; sin embargo, le indicaron que regresara al Hospital en 24 horas ya que su embarazo no había llegado a término; acudió de nuevo el 17 de enero a las 18:45 horas y le dieron la misma indicación. Debido a las molestias regresó a las 22:00 horas del mismo 17 de enero y la indicación fue la misma, que regresara en 24 horas.
- El 18 de enero a las 5:00 horas debido a que los dolores y las molestias de la agraviada incrementaban, acudió de nuevo al Hospital y le indicaron que regresara en 3 horas.
- A las 8:15 de ese mismo día fue atendida por la Doctora Rosa María Badillo, quien al valorar a la agraviada, le indicó que su embarazo aun no estaba en término y que por sus propios medios acudiera a otro hospital, ya que no había lugar para ella.

⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.C.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 14 de julio de 2011, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

⁶ *Idem.*

Véase anexo. Evidencia número VI.C.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 16 de julio de 2011, da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

Véase anexo. Evidencia número VI.C.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 20 de julio de 2011, da fe de la comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

⁷ *Idem.*

- Antes de retirarse del Hospital, al acudir al baño, la agraviada expulsó a su hijo y fue hasta ese momento que la atendieron.

1.2.5. Caso "E" [expediente: CDHUOM/122/IZTP/10/D6387]

En comparecencia de fecha 23 de septiembre de 2010,⁸ la agraviada interpuso su queja ante esta Comisión, de la cual se desprenden los siguientes hechos:

- El 2 de septiembre de 2010 la agraviada acudió al Hospital General Iztapalapa, a fin de atender su parto.
- El médico residente que la atendió, no vigiló que la dilatación se había cumplido y éste se retiró a buscar una camilla.
- El bebé de la peticionaria fue expulsado sin que ningún médico o enfermera estuviera presente, a pesar de que ella solicitó ayuda. Al ser expulsado el bebé cayó al piso y hasta ese momento acudieron varias enfermeras y una doctora a atenderla.
- El hijo de la peticionaria le fue entregado el día 5 de septiembre y aparentemente estaba sano, pero ella se percató que su hijo tenía hinchada la pierna derecha; por lo que al día siguiente [6 de septiembre de 2010] acudió con el Subdirector del Hospital Iztapalapa de nombre Alfredo Altamirano para comentarle la situación, a lo que contestó, sin revisarlo, que no tenía nada.
- A efecto de descartar algún problema, la peticionaria acudió a un médico particular quien le dijo que su hijo tenía una infección en la pierna; regresó con el Director del Hospital quien determinó que se le deberían realizar unas placas para descartar alguna luxación.
- El día 14 de septiembre se les canalizó al Hospital Pediátrico Infantil Iztacalco donde se diagnosticó que el niño tenía luxación de cadera, fractura de brazo izquierdo y una luxación en la mandíbula, y quedó internado desde ese día.

1.2.6. Caso "F" [expediente: CDHUD/122/XOCH/11/D3758]

En comparecencia del 21 de junio de 2011,⁹ la peticionaria interpuso una queja ante esta Comisión; de su análisis se desprenden los siguientes hechos:

- El 17 de junio de 2011 a las 04:00 horas ingresó al Hospital Materno Infantil Xochimilco de la SSDF porque su embarazo se encontraba en término. Refirió que los médicos le indicaron que su bebé tenía que nacer por parto natural y que aún no tenía los centímetros de dilatación adecuados.

⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.E.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria, de fecha 23 de septiembre de 2010, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.F.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de junio del 2011, da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.



- Los médicos del hospital la mantuvieron sin atención por más de 11 horas a pesar de que ella les refirió que ya no sentía que se moviera su bebé y que le había dejado de salir líquido amniótico y en su lugar salía un líquido color verde, sin que los médicos hicieran caso de esa situación.
- Alrededor de las 15 horas iniciaron trabajo de parto con la peticionaria quien se percató de que algo malo le pasaba a su bebé, sin que le dieran información al respecto.
- De las revisiones que le practicaron durante el seguimiento de su embarazo, sabía que sería una niña; sin embargo, se le dijo que el bebé era niño y después se le aclaró que era niña.
- Refiere que una doctora de nombre Adriana le dijo que ella había tenido la culpa de lo que le había pasado a su hija, porque había tenido deficiencia de oxigenación, sin que explicara y sustentara medicamente dicha afirmación.
- Actualmente la niña se encuentra bien de salud, pero tiene que ser revisada periódicamente en el Instituto Nacional de Rehabilitación debido a que al nacer le faltó oxigenación, por lo que se debe descartar un posible daño neurológico.

L2.7. Caso "G" [expediente: CDHUO/III/22VC/11/D1395]

La peticionaria dio inicio a su queja mediante comparecencia de fecha 25 de febrero de 2011,¹⁰ que posteriormente se amplió al otorgar más elementos en fecha 05 de abril de 2011.¹¹ De sus comparecencias se desprenden los siguientes hechos:

- El 19 de enero de 2011, la peticionaria acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán para recibir una consulta, pues se encontraba en el noveno mes de embarazo.
- En el área de urgencias un médico le indicó que tenía un centímetro de dilatación por lo que se tenía que quedar, pues su bebé iba a nacer ese día.
- La pasaron a un cuarto de observación; en ese lugar, una enfermera le preguntó si tenía dolores, la peticionaria contestó que no, estuvo en esa área como hora y media, después la pasaron al área de expulsión, le hicieron limpieza para cesárea, le colocaron las vendas en los pies y la situaron en una camilla, pasaron aproximadamente 10 horas sin que le informaran si iba ser intervenida o por que la tenían en la camilla.
- Desde que ingresó le aplicaron inyecciones, le explicaron que éstas eran para provocarle dolores y efectivamente le daban dolores pero se le quitaban por lo que continuaban aplicándole inyecciones.

¹⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.G.1. Acta Circunstanciada de fecha 25 de febrero de 2011, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹¹ Véase anexo. Evidencia número VI.G.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 5 de abril de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.



- Posteriormente, la agraviada le indicó a un médico y a una enfermera que su bebé se movía raro, muy rápido y que su estómago estaba poniéndose muy duro, pero no le hicieron caso; insistió, pero no la atendieron hasta que les gritó que su bebé ya no se movía.
- Le practicaron una cesárea, pero el producto de la gestación fue obtenido sin vida.
- Además, a la peticionaria se le rompió el útero.
- Por otro lado, la peticionaria refirió que formuló ante la Fiscalía para Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal una denuncia penal por el delito de responsabilidad profesional y técnica.

L28. Caso "H" [expediente: CDHDF/II/122/AZCAP/10/D3843]

Derivado de una nota periodística del diario "El Universal",¹² se inició de oficio una investigación toda vez que de lo narrado se desprenden presuntas violaciones a los derechos humanos en las que se encuentran relacionadas autoridades del Distrito Federal. Los hechos que aparecen en la nota periodística son los siguientes:

- El 05 de junio de 2010 la entrevistada, considerada como agraviada para efectos de la investigación, perdió a su bebé debido a que no recibió atención oportuna en el Hospital Materno Infantil Nicolás Cedillo Soriano de la SSDF.
- La agraviada manifestó al diario que todo el día sintió cólicos y contracciones. En el Hospital siempre le pedían que regresara más tarde, mencionándole que no había camas.
- Refiere haber llegado al hospital a las 3 de la mañana, pero la atendieron hasta las 06:30 horas, un médico con un estetoscopio, buscó el pulso del bebé, pero no lo halló. Llegaron varios doctores que murmuraban. Le argumentaron que su hija nació deforme y murió, pero durante todo su embarazo, los ultrasonidos y la doctora del Centro de Salud coincidían en que el bebé se desarrolló bien.

L29. Caso "I" [expediente: CDHDF/II/122/MA/10/D6802]

La peticionaria interpuso su queja mediante llamada telefónica el 7 de octubre de 2010,¹³ de la queja se desprenden los siguientes hechos:

- Que su cuñada acudía desde hace aproximadamente seis meses al Hospital General Milpa Alta de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a atender su embarazo y que ya la habían programado para una cesárea.

¹² Véase anexo. Evidencia número VI.H.1. Acuerdo de la CDHDF.

¹³ Véase anexo. Evidencia número VI.I.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de la peticionaria, del 7 de octubre de 2010, de la cual dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.



- El día 7 de octubre del 2010, aproximadamente a las tres horas, se presentó al citado Hospital, pero el personal médico le informó que regresara a su casa que aún le faltaban diez horas, su familiar regresó al nosocomio en cuestión, a las nueve horas y nuevamente los médicos le informaron que regresara más tarde que aún no era momento para realizarle la cesárea. Su cuñada regresó a las quince horas pues los dolores ya eran muy fuertes y estaba sangrando, por lo que los médicos la recibieron y a las dieciocho horas le informaron a su hermano, esposo de la agraviada, que el producto de la gestación había sido obtenido sin vida.

L2.10. Caso "J" [expediente: CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2029]

El 30 de marzo de 2011 el señor Daniel Fulgencio Alejo compareció ante esta Comisión a fin de interponer una queja¹⁴ de la que esta Comisión desprende los siguientes hechos:

- Que su esposa María Enedina Ayala Toledo, con motivo de su embarazo, comenzó a ser atendida en el Hospital Gregorio Salas a partir del mes de febrero de 2011.
- El 24 de marzo de 2011, aproximadamente a las dieciséis horas ya presentaba contracciones, por lo que se trasladaron a dicho nosocomio; sin embargo, fue rechazada en tres ocasiones por una doctora de nombre Sonia González Sánchez, quien le decía que tenía pocos centímetros de dilatación y que regresara más tarde.
- A las 2:00 horas regresaron al Hospital y los médicos decidieron practicarle una cesárea, a lo que previamente se habían negado debido a la supuesta saturación de trabajo.
- Alrededor de las 2:50 horas le dijeron a la agraviada que el producto de la gestación fue obtenido sin vida y le mostraron su cuerpo.

L2.11. Caso "K" [expediente: CDHDF/III/122/VC/11/D2134]

El 3 de abril de 2011, el peticionario interpuso su queja mediante llamada telefónica a este Organismo;¹⁵ el 13 de abril de ese mismo año, el peticionario y la agraviada comparecieron para ampliar la queja.¹⁶ De sus testimonios se tienen los siguientes hechos:

- El 31 de marzo de 2011, a las 19:00 horas la agraviada ingresó al Hospital Materno Infantil Inguarán pues se encontraba en labor de parto. A las 20:45 horas le informaron al peticionario que aun no daba a luz su esposa, que se podía retirar ya que no le darían informes sino hasta el otro día.

¹⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.J.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 30 de marzo de 2011, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.K.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de peticionario de fecha 3 de abril de 2011, de la que da fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.K.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario y agraviada, de fecha 13 de abril de 2011, da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.



- El 1° de abril a las 7:00 horas lo llamaron para informarle que tenía que presentarse en el Hospital; la subdirectora de apellido Canchola le informó que su bebé había fallecido a causa de que el cordón umbilical se le había enredado en el cuello porque "venía muy corto".
- Posteriormente, un doctor de apellido Ríos a quien el peticionario cuestionó sobre el motivo por el cual no se le practicó cesárea a su esposa, le respondió que fue porque en ese momento no contaban con anestesiista en el Hospital.
- Por su parte la agraviada refirió que desde las 12:00 horas hasta las 22:00 horas, le realizaron 4 revisiones, en donde sólo a las 12:00 horas auscultaron la frecuencia cardíaca fetal. Fue hasta las 22:00 que revisaron los signos vitales del producto pero notaron que ya no tenía.
- El producto de la gestación fue extraído sin signos vitales y los médicos refirieron a la agraviada que venía con el cordón umbilical enredado en el cuello y que sola se había ahogado.

L2.12. Caso "L" [expediente: CDHDF/III/22/IZTP/12/D0190]

Esta Comisión inició de oficio una investigación derivado de los siguientes hechos narrados en el diario "La Razón":¹⁷

- La noche del lunes 9 de enero de 2011, a la agraviada Ana Rocío Reyes le fue negada la atención médica en tres hospitales de la Secretaría de Salud [Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital Balbuena y Hospital General Iztapalapa], no obstante, que presentaba una emergencia obstétrica.
- En el Hospital General Iztapalapa no fue recibida y alrededor de las 3:00 horas del 10 de enero el producto de la gestación fue expulsado sin signos vitales del cuerpo de la mujer, afuera de dicho Hospital.
- Al lugar llegaron unos paramédicos del ERUM quienes confirmaron que el producto de la gestación no tenía signos vitales.
- Con motivo de los hechos la PGJDF inició una averiguación previa.

L2.13. Caso "M" [expediente: CDHDF/III/22/TLAH/11/D1675]

El 12 de marzo de 2011 se recibió en esta Comisión la llamada telefónica del peticionario¹⁸, quien hizo del conocimiento de la Comisión los siguientes hechos:

¹⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.L.1. Acuerdo de fecha 11 de enero de 2012 por el que se inicia de oficio una investigación, derivado de que se publicó en el periódico "La Razón" la siguiente nota periodística bajo el rubro "le niegan atención Médica en hospital del DF y su bebé muere".

¹⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.M.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica del peticionario de fecha 12 de marzo de 2011, da fe de dicha llamada un Visitador Adjunto de esta Comisión.



- El 11 de marzo de 2011 él y su esposa acudieron al Hospital Materno Infantil de Tláhuac pues su esposa se encontraba en labor de parto.
- Su esposa fue ingresada al área de urgencias pero nadie le brindaba la atención médica debida a pesar de que sufría fuertes dolores y estaba sangrando.
- Una persona del citado Hospital le indicó que no había ningún médico que la pudiera atender y que no se hacían responsables de su salud; que si decidían retirarse, sería bajo su más estricta responsabilidad. Por lo anterior, esta Comisión emitió un oficio de medidas precautorias dirigido al Director del Hospital consistentes en solicitar la atención médica adecuada de la agraviada.
- Posteriormente, el peticionario refirió que nunca llegaron los médicos y que al momento de que su esposa dio a luz sólo estaba una enfermera.¹⁹
- Al solicitar información para la debida integración de la investigación esta Comisión pudo documentar diversas fallas en cuanto a personal suficiente, equipo médico y material²⁰ además de probables consecuencias en la salud del niño.

L2.14. Caso "N" [expediente: CDHDF/III/122/IZTP/11/D3869]

De una investigación iniciada de oficio por esta Comisión el 23 de junio de 2011 con motivo de una visita al Hospital General Iztapalapa,²¹ se documentaron diversas irregularidades que podrían constituir violaciones a los derechos humanos de los usuarios, por lo que se solicitó la información respectiva.

L2.15. Caso "O" [expediente: CDHDF/III/122/COY/11/D5821]

Esta investigación se inició con motivo de la queja de una persona motivada por las deficiencias con las que cuenta el Hospital Pediátrico Coyoacán.²²

L2.16. Caso "P" [expediente: CDHUS/III/122/TLAL/11/D2378]

El 14 de abril de 2011 el peticionario compareció ante esta Comisión a fin de presentar una queja en la que hizo del conocimiento los siguientes hechos:

¹⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.M.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica realizada al peticionario, de fecha 23 de marzo de 2011, da fe de dicha llamada telefónica un Visitador Adjunto de esta Comisión.

²⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.M.6. Copia del oficio COS/DEDS/2/OR/10-AF-3309-3987-HV/2010 de fecha 07 de julio de 2010, dirigido al Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac y responsable sanitario de éste, suscrito por el Director Ejecutivo de Dictamen Sanitario de la Comisión Federal de Operación Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [en adelante COFEPRIS]; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011.

²¹ Véase anexo. Evidencia número VI.N.1. Acta Circunstanciada de inspección ocular, de fecha 23 de junio de 2011, de la cual da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²² Véase anexo. Evidencia número VI.O.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de un peticionario, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.



- El parto de su esposa fue atendido el 12 de octubre del año 2010 en el Hospital Materno Infantil Topilejo de la SSDF sin que previamente hubiese presentado problemas de salud que pudieran determinar algún riesgo para ella o para el producto del embarazo.
- Los médicos que la intervinieron y le practicaron la cesárea le informaron del nacimiento de una niña y le indicaron que su esposa había presentado complicaciones durante la cesárea, presentando sangrado; finalmente, el día 13 de octubre de 2010 la mujer falleció desangrada.
- En el Hospital no se contaba con paquetes sanguíneos; tampoco se contaba con un sistema para que estos paquetes sanguíneos fueran enviados en breve tiempo al Hospital.

1.2.17. Caso "Q" [expediente: CDHDF/II/122/GAM/10/D0392]

La peticionaria presentó su queja el 21 de enero de 2010,²³ de la cual se desprenden los siguientes hechos:

- Con motivo de su embarazo el día jueves 14 de enero de 2010, alrededor de las 04:00 horas ingresó al área de urgencias del Hospital General de Ticomán.
- Alrededor de las 5:30 horas nació su hijo, que según le informaron los médicos, nació en perfecto estado.
- Alrededor de las 10:00 horas la enviaron al área de recuperación y aproximadamente a las 12:00 o 13:00 horas, se escuchó un fuerte ruido, seguido del llanto de un bebé. Una hora después, una enfermera le informó a la peticionaria que su hijo era el que se había caído, pero que estaba bien y que lo estaban revisando.
- El viernes 15 de enero de 2010 su esposo se percató que el niño tenía muy inflamado su estómago, por lo que le preguntó a las enfermeras que le pasaba, a lo que le contestaron que ello le ocurrió después de que le dieron de comer y que no podía evacuar. Posteriormente, las enfermeras le dijeron que su hijo requería una operación con urgencia porque su intestino estaba muy inflamado y no podía seguir así, pero que ahí no lo podían intervenir; que tramitarían su traslado a otro hospital.
- El traslado al Hospital Pediátrico Moctezuma ocurrió hasta un día después. En ese lugar intervinieron quirúrgicamente al niño debido a que tenía ano imperforado.
- El 27 de enero de 2010 el niño murió debido a un "choque mixto"²⁴.

²³ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de enero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²⁴ El estado de choque o también llamado shock, es un síndrome caracterizado por la disminución del riego sanguíneo hacia los tejidos, por debajo de sus necesidades. Si se mantiene la situación, aparecerá disfunción de los órganos y tejidos afectados. Existen varios tipos de shock, el hipovolémico, el cardiogénico intrínseco y extrínseco, séptico, anafiláctico, neurogénico. Se considera mixto cuando suceden dos tipos de shock en un paciente.



II. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

La Competencia de esta Comisión para conocer de los hechos que se presentan está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [en adelante "Constitución"]. Así, le corresponde a esta Comisión, como resultado de su procedimiento de investigación de quejas, establecer si existe violación de los derechos humanos y la responsabilidad por parte de las autoridades del Distrito Federal. Asimismo, le corresponde en exclusiva determinar los derechos que han sido violados, así como interpretar los alcances y límites de sus propias facultades, conforme al principio de competencia de la competencia²⁵. Por tanto, la validez de la competencia no está sujeta a la interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo examen de esta Comisión.

Por lo anterior, con fundamento en el apartado B del artículo 102 de la Constitución, en los artículos 2 y 3 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,²⁶ en el artículo 11 de su Reglamento Interno,²⁷ así como en los denominados Principios de París,²⁸ este Organismo tiene competencia por las siguientes razones:

En razón de la materia *-ratione materiae-*, debido a que de los hechos esta Comisión presumió la violación a los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la integridad personal, a la vida, al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y los derechos de las niñas y los niños.

En razón de la persona *-ratione personae-*, ya que las violaciones a los derechos humanos fueron atribuidas a servidores públicos del Distrito Federal, adscritos a la Secretaría de Salud.

En razón del lugar *-ratione loci-*, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Distrito Federal.

En razón de tiempo *-ratione temporis-*, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos atribuidos a los funcionarios públicos mencionados *supra* sucedieron en los años de 2010, 2011 y

²⁵ *Compétence de la compétence*: el principio de competencia de la competencia quiere decir que el ente tiene la facultad de pronunciarse respecto de su propia competencia; éste principio se establece en la Convención Americana sobre Derechos Humanos [artículo 62, inciso 3.], en la jurisprudencia de la Corte Interamericana, y ha sido adoptada por la práctica arbitral y judicial.

²⁶ El artículo 2 establece como objeto de la CDHDF, la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como el combate a toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social. El artículo 3 dispone que el organismo será "competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal."

²⁷ De acuerdo con el cual: "[l]a Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor (a) público (a) [del Distrito Federal]."

²⁸ Resolución A/RES/48/134 del 20 de diciembre de 1993. Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos [Principios de París], que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia [Apartado A, punto 3, inciso b].



2012, respectivamente, esto es con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo; asimismo, se hicieron del conocimiento de esta Comisión dentro del marco temporal que permite a los peticionarios presentar sus quejas.

III. Procedimiento de investigación

III.1. Una vez establecidos los hechos y la competencia de este Organismo para la investigación de los mismos, a fin de documentar el caso, se plantearon como hipótesis de trabajo las siguientes:

III.1.1 La Secretaría de Salud violó el derecho a la salud e integridad personal de las madres agraviadas, usuarias de los servicios de salud de la red del Distrito Federal en razón de la mala práctica médica, de la carencia de equipo médico y de personal médico suficientes en los hospitales que se mencionaron.

III.1.2. La Secretaría de Salud violó el derecho a la salud e integridad personal de los niños y niñas niños(as) usuarios(as) de los servicios de salud de la red del Distrito Federal.

III.1.3. La Secretaría de Salud violó el derecho a la vida de una mujer por causas atribuibles a la inadecuada atención médica de su embarazo de término, en el Hospital Materno Infantil Topilejo.

III.1.4. La Secretaría de Salud violó derecho a la vida y los derechos de la niñez de los neonatos debido a una mala atención médica prestada a las madres durante el término de sus embarazos.

III.1.5. La Secretaría de Salud, en uno de los casos, violó el derecho a la salud de la niñez de una de las mujeres embarazadas, menor de edad, a la que no se le brindó la atención médica adecuada.

III.1.6. La Secretaría de Salud violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y al negar la atención médica oportuna y de calidad a las mujeres embarazadas, derivado de la falta de personal y equipo médico para atender las necesidades de salud especiales de las mujeres; hechos que además, constituyen una transgresión al principio de igualdad y no discriminación.

III.1.7. La Secretaría de Salud viola el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia al no garantizar el equipo médico y el personal necesario para atender la salud reproductiva de las mujeres usuarias, en diversos hospitales de la red de salud del Distrito Federal.

III.1.8. La Secretaría de Salud al no contar con el equipo médico y médicos suficientes para la atención de las y los recién nacidos viola el derecho a la salud de la niñez, al poner en riesgo el derecho.

III.2. En el marco de la documentación de dichas hipótesis se realizaron, entre otras, las acciones siguientes:



III.2.1. Solicitud de adopción de medidas precautorias y requerimientos de información a la Secretaría de Salud y a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal [en adelante "PGJDF" o "Procuraduría"]. Una vez recibidos los informes por parte de las autoridades antes mencionadas, fueron analizados y valorados por esta Comisión en términos de lo dispuesto por el artículo 120 de su Reglamento Interno.

III.2.2. Se recabaron diversos testimonios de las y los peticionarios y las y los agraviados.

III.2.3. Se llevó a cabo la revisión de los expedientes médicos y protocolos de necropsia realizados en algunos de los casos. A partir de esta documentación, médicos de esta Comisión elaboraron las opiniones correspondientes.

III.2.4. Se consultaron documentos, recomendaciones e informes sobre el seguimiento al cumplimiento de los puntos recomendatorios relacionados con salud materno infantil emitidos por esta CDHDF.

III.2.5. Se llevó a cabo una revisión del marco jurídico mexicano, incluidos documentos, observaciones e informes de organismos internacionales sobre estándares en materia de derechos humanos, en particular sobre salud materna, así como de los derechos de la niñez.

IV. Evidencia

Esta Comisión recabó diversa evidencia que da sustento a los hechos que acreditan las violaciones a los derechos humanos. La evidencia se encuentra detallada en el documento "Anexo A" que forma parte de la presente Recomendación.

V. Derechos Violados

V.1. Marco jurídico aplicable

El 10 de junio de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la principal reforma que se le haya hecho a la Constitución en materia de derechos humanos.

Es importante resaltar los primeros tres párrafos del artículo 1º reformado, que a la letra señalan:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación 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.

Como se puede observar, la Constitución establece que todas las personas gozan de todos los derechos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que México sea parte. En ese contexto, es importante señalar que para determinar el alcance de las obligaciones de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos se tendrán que analizar las normas relativas a derechos humanos contenidas en la Constitución y en los tratados, a la luz de los criterios de los órganos creados para controlar tanto la adecuada aplicación de la Constitución en el ámbito interno, como en el ámbito internacional. En ese sentido la Suprema Corte de Justicia estableció los parámetros y pasos a seguir cuando se aplique el control de convencionalidad por todas las autoridades del país,²⁹ lo que incluye a los organismos públicos autónomos.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación señaló que para observar los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, se deberá acudir a los criterios del Poder Judicial de la Federación, así como a la sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [en adelante "Corte IDH"] en los casos en los que México no haya sido parte, con miras a determinar cuál es más favorable y ofrezca mejor protección al derecho en cuestión.³⁰

La CDHDF en el análisis de los casos que se someten a su conocimiento, debe incluir la jurisprudencia de los tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia,³¹ así como las interpretaciones de los órganos creados por tratados internacionales de derechos humanos, la legislación nacional, el derecho comparado, así como las doctrinas de los publicistas de mayor competencia,³² dentro de los que se incluyen los principios y criterios establecidos por los procedimientos especiales de la Organización de las Naciones Unidas.

Por lo que se refiere a los pasos a seguir en el control de constitucionalidad, la Suprema Corte de Justicia señaló lo siguiente:

²⁹ SCJN. TESIS Núm. LXVIII/2011. Novena época. Instancia: Pleno. PARÁMETRO PARA EL CONTROL DE CONVENCIONALIDAD EX OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

³⁰ Es importante aclarar que la Suprema Corte de Justicia en sus tesis supra se refirió exclusivamente a los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por tratarse de un asunto vinculado a la misma: el cumplimiento de la Sentencia del Caso Rosendo Radilla Pacheco. Esta Comisión en el ejercicio de control de convencionalidad *ex officio* amplía su parámetro para incorporar todos los tratados de derechos humanos que crean mecanismos de supervisión y los demás tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia contenciosa, a la luz del conjunto de las obligaciones internacionales generales del Estado mexicano.

³¹ El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia del cual México es parte señala en su artículo 38 que las fuentes del derecho internacional, así como las fuentes auxiliares, son las siguientes: "a) las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados [...]; b) la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho [...]"

³² SCJN. TESIS Núm. LXIX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. PASOS A SEGUIR EN EL CONTROL DE CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD EX OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

[...] el Poder Judicial al ejercer un control de convencionalidad *ex officio* en materia de derechos humanos, deberá realizar los siguientes pasos: a) Interpretación conforme en sentido amplio, lo que significa que los jueces del país —al igual que todas las demás autoridades del Estado Mexicano—, deben interpretar el orden jurídico a la luz y conforme a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los cuales el Estado Mexicano sea parte, favoreciendo en todo tiempo a las personas con la protección más amplia; b) Interpretación conforme en sentido estricto, lo que significa que cuando hay varias interpretaciones jurídicamente válidas, los jueces [así como todas las demás autoridades del país] deben, partiendo de la presunción de constitucionalidad de las leyes, preferir aquella que hace a la ley acorde a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte, para evitar incidir o vulnerar el contenido esencial de estos derechos; c) Inaplicación de la ley cuando las alternativas anteriores no son posibles.

Por otro lado, el citado artículo 1º estableció que para interpretar las normas de derechos humanos se tendrán que emplear los principios de interpretación conforme y pro persona. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que "[...] todas las demás autoridades del país [diferentes al poder judicial] en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de aplicar las normas correspondientes haciendo la interpretación más favorable a la persona para lograr su protección más amplia [...]"³³.

Por todo lo anterior, para esta Comisión, en concordancia con lo establecido por el máximo tribunal nacional, el parámetro de análisis para determinar las obligaciones de la autoridad en materia de derechos humanos, es el siguiente:

- a) todos los derechos humanos establecidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales de los que México sea parte;
- b) la jurisprudencia del Poder Judicial de la Federación y de la Corte IDH, aplicando aquella que ofrezca mayor protección a la persona. En este mismo nivel se considerarán los criterios interpretativos de los órganos internacionales, creados para supervisar el cumplimiento de los Estados de sus obligaciones en materia de derechos humanos;
- c) la legislación aplicable y otras normas jurídicas relevantes.

A continuación se desarrollan los derechos que esta Comisión consideró como violados en perjuicio de las y los peticionarios:

V.2. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, derecho a la integridad personal y derecho a la vida en relación con el acceso a los servicios de salud de la mujer durante el embarazo y los derechos al desarrollo, supervivencia, a la vida y a la salud de las niñas y niños,

La Constitución en su artículo 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; además, marca la pauta de la concurrencia para la garantía de este derecho entre los estados y la Federación.

³³ SCJN. TESIS Núm. LXX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. SISTEMA DE CONTROL CONSTITUCIONAL EN EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.



La salud reproductiva es un aspecto fundamental en el bienestar, especialmente, de las mujeres. No contar con acceso regular a servicios seguros y de calidad, ocasiona que las mujeres sean vulnerables a un sinnúmero de complicaciones de la salud que pueden llegar incluso a la muerte o a consecuencias nocivas para su salud.³⁴

En el Distrito Federal, según la Ley de Salud, la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y está considerada dentro de los servicios básicos de salud. En ese sentido, la Ley establece como una de las obligaciones de Gobierno del Distrito Federal otorgar dicha atención, que entre otros, comprende la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.³⁵

Además, para hacer frente a las situaciones derivadas de la atención a la salud de la mujer, el apartado 20.3 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal [Maternidad sin riesgos y reducción de la morbilidad materna], tiene como estrategia: "Garantizar la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a través de servicios de calidad y calidez que contemplen la asistencia durante el embarazo, incluyendo la atención obstétrica de emergencia, el parto y el puerperio, otorgándolos de manera gratuita cuando sea necesario." Entre las líneas de acción se encuentra la de dotar del equipo médico y contar con el personal suficiente a efecto de que las 24 horas del día se esté en disponibilidad de prestar la atención médica requerida,³⁶ así como la importancia de atender emergencias obstétricas, entre otras.

Es importante destacar que el Programa de Derechos Humanos es de carácter obligatorio para las autoridades del Distrito Federal, tal como señala el artículo 8 de la Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, establece que "corresponde a las instancias ejecutoras de conformidad con sus facultades y competencias legales, analizar e implementar las líneas de acción que les atañen relacionadas con el Programa."³⁷

Por otra parte, de acuerdo a las obligaciones del Estado mexicano derivadas del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³⁸ [en adelante "PIDESC"] y de Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" [en adelante "Protocolo de San Salvador"] el contenido del derecho a la salud implica el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.³⁹ El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, sino que impone la obligación a cargo de los Estados de generar condiciones en las cuales todas y todos puedan vivir lo más saludablemente posible.⁴⁰

³⁴ Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2008. Párrafo 1178.

³⁵ Ley de Salud del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009. Artículos 5, 17 y 49.

³⁶ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2009. Línea de acción 1376.

³⁷ Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 30 de mayo de 2011.

³⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales [PIDESC]. Suscrito por México el 18 de diciembre de 1980, ratificado el 23 de marzo de 1981, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

³⁹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Adoptado en El Salvador, San Salvador el 17 de noviembre de 1988, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 1998; artículo 9. PIDESC, artículo 12.

⁴⁰ Cfr. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:



El PIDESC establece en su artículo 10.2 la especial protección que se debe conceder a las madres durante un lapso razonable antes y después del parto. Además el artículo 12 de dicho instrumento establece el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Como una de las medidas para lograr ese derecho están las necesarias para la reducción de la mortinatalidad y la creación de condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios en caso de enfermedad.⁴¹

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en adelante "Comité DESC"], encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, en su Observación General 14 ha establecido que para el desarrollo y cumplimiento del derecho a la salud es necesario adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, incluida la atención anterior y posterior al parto y los servicios obstétricos de urgencia. Asimismo, en dicha observación general el Comité ha considerado como elementos indispensables para la atención de la salud los siguientes:

a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) *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: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) *Accesibilidad física*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: 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.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

⁴¹ Cfr. PIDESC. Artículo 12.2.

c) *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.

d) *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 ese sentido, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, establece la obligación de los Estados de adoptar medidas para asegurar los servicios apropiados de salud a la mujer en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.⁴²

En interpretación al alcance del artículo anterior, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, [en adelante el "Comité de la CEDAW"], se ha pronunciado por la necesidad de que los Estados cumplan con su obligación de garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles. Lo anterior, en razón de 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.⁴³

Como parte de las obligaciones de los Estados en materia de salud de las mujeres, el Comité de la CEDAW ha establecido que los Estados Partes de la Convención deben: garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud en la esfera de la salud sexual y genésica; supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención; exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, entre otros.⁴⁴

El Comité de la CEDAW en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de México, insta a ampliar "la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios."⁴⁵

⁴² Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180, el 18 de diciembre de 1979. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981. Artículo 12.

⁴³ Comité de la CEDAW. Recomendación General N° 24, sobre el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La mujer y la salud. Adoptada en el 20° período de sesiones, 1999. Párrafo 27.

⁴⁴ *Ibidem*, Párrafo 31.

⁴⁵ Comité de la CEDAW. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México. 36° período de sesiones, 25 de agosto de 2006. CEDAW/C/MEX/CO/6. Párrafo 33.



Es importante mencionar que el Comité de la CEDAW al resolver el caso "Alyne da Silva Pimentel c./ Brasil", que fue el primer caso de mortalidad materna presentado ante dicho Comité, consideró que el Estado debía asegurar el acceso para todas las mujeres, a un costo razonable, al tratamiento obstétrico de emergencia y a recursos judiciales efectivos. Asimismo, recomendó al Estado brasileño proveer capacitación profesional adecuada para los trabajadores de la salud, asegurar el cumplimiento por parte de las instituciones privadas de los estándares nacionales e internacionales de atención médica reproductiva, y reducir las muertes maternas prevenibles.⁴⁶

En el sistema regional de derechos humanos, el Protocolo de San Salvador, establece como medidas para garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, entre otras:

- a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- [...]
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.⁴⁷

Respecto de las obligaciones de los Estados Americanos para la protección de las mujeres embarazadas, el Protocolo de San Salvador estipula la necesidad de que éstos brinden adecuada protección a las mujeres en especial para conceder atención y ayuda a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto.⁴⁸

La Convención Americana sobre Derechos Humanos [en adelante "Convención Americana" o "CADH"] establece la obligación por parte de los Estados de adoptar medidas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad.⁴⁹ La progresividad efectiva implica que los Estados deben adoptar medidas de inmediato para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales, lo más pronto que les sea posible. En ese sentido, el Comité DESC ha señalado que incumbe al Estado "demostrar que está realizando progresos apreciables hacia la plena efectividad de los derechos."⁵⁰

El concepto de progresividad aún y cuando supone que la efectividad de todos los derechos económicos, sociales y culturales en general no podrá lograrse en un breve tiempo, impone a los Estados una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo. Asimismo, corresponde al Estado una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por

⁴⁶ El caso se refiere a una mujer afrobrasileña, que murió a los 28 años como consecuencia de complicaciones relacionadas con un embarazo después de que un centro de salud de Rio de Janeiro no le proporcionara acceso adecuado y oportuno a tratamiento obstétrico de emergencia. Comité de la CEDAW. Resolución CEDAW/C/49/D/17/2008, del 10 de agosto de 2011, Comunicación 17/2008. Párrafo 8.

⁴⁷ Protocolo de San Salvador. Artículo 10.

⁴⁸ *Ibidem*. Artículo 15.

⁴⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969. Artículo 26. La consecución progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales también se encuentra reconocida en el artículo 2.1 del PIDESC.

⁵⁰ Directrices de Maastricht sobre las Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Maastricht, 22-26 de enero de 1997. Párrafo 8.

lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos, es decir que existen acciones de realización inmediata.⁵¹

Por lo tanto, la progresividad no debe interpretarse en el sentido de privar de contenido a las obligaciones del Estado de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud. La realización progresiva significa que el Estado tiene la obligación concreta y constante de avanzar de manera expedita y eficaz hacia la plena realización de ese derecho.⁵²

En ese sentido la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en adelante "CIDH" o "Comisión Interamericana"] en un informe del año 2010 sobre el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, estableció que el cumplimiento de las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, "pueden contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna - entendida esta última como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el período posterior al parto- y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios."⁵³

En el informe, la CIDH consideró que para cumplir con las obligaciones fundamentales en materia de salud materna los Estados deben adoptar medidas prioritarias inmediatas, tales como:

- La identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.
- La aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia, y a la atención previa y durante el parto.
- La incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna.
- La priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación como las mujeres indígenas, afrodescendientes y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.
- La educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como de servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar.
- El diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
- El acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos.⁵⁴

Una de las principales barreras que la CIDH identificó para garantizar el acceso efectivo a la salud de las mujeres fueron los costos relacionados con la atención del servicio. Por ejemplo, se menciona la falta de accesibilidad a los servicios de salud por falta de tiempo o por estar sobrecargadas de

⁵¹ Cfr. Comité DESC. Observación general N° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes. (Artículo 11[2] del PIDESC). E/1991/23. 5to. período de sesiones, 1990

⁵² Comité DESC. Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). E/C.12/2000/4. 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Párrafo 31.

⁵³ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.LV/II. Doc. 69. 7 junio 2010. Párrafo 1.

⁵⁴ *Ibidem*. Párrafo 20.



trabajo ya que las tareas del cuidado recaen exclusivamente en ellas; consecuentemente, las mujeres postergan el cuidado de salud y arriesgan con ello sus vidas.⁵⁵

Otra barrera que la CIDH ha documentado es "la falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para responder a estas emergencias, particularmente la atención de emergencias obstétricas."⁵⁶ Por otro lado, la calidad del servicio en ocasiones influye de manera negativa en la decisión de las mujeres de acudir por servicios médicos. A lo anterior, se adiciona el trato irrespetuoso del personal médico a las usuarias que puede llegar a ser humillante.⁵⁷

Es importante mencionar que la violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres trae como consecuencia la violación al derecho a la integridad personal. El derecho a la integridad personal consiste en asegurar la integridad física y psicológica de la persona; y prohíbe la injerencia arbitraria del Estado en esos atributos.⁵⁸ el acceso a los servicios adecuados de salud es una de las medidas principales para garantizar dicho derecho.⁵⁹ La denegación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo que ocasiona un daño a la salud de las mujeres lo que le causa a la familia y en particular a la mujer un estrés emocional que constituye una violación al derecho a la integridad personal.⁶⁰

Además, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se ha pronunciado en el sentido de que algunas de las muertes maternas son prevenibles, a la vez que "suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que también exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas."⁶¹

Es importante mencionar uno de los tres Objetivos del Desarrollo del Milenio⁶², relacionados con el derecho a la salud, es reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, así como lograr el acceso universal a la salud reproductiva. En el Distrito Federal la tasa de mortalidad materna para el 2010 es una de las más altas del país, la reducción en la tasa de mortalidad materna se encuentra por debajo del 21.7%.⁶³

⁵⁵ *Ibidem*. Párrafo 30.

⁵⁶ *Ibidem*. Párrafo 31.

⁵⁷ En ocasiones dicho trato se puede considerar como una de las peores consecuencias del modelo hegemónico, que niega a la paciente conocimiento alguno sobre su cuerpo, más cuando se trata de mujeres.

⁵⁸ *Cfr.* Huertas Díaz, Omar, et. al. La vulneración del derecho a la integridad personal: El peor flagelo que puede sufrir un ser humano. Revista de Temas Constitucionales. IJ-UNAM. 2007. Páginas 155-186.

⁵⁹ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, *Op. Cit.* Párrafo 39.

⁶⁰ *Idem*.

⁶¹ Consejo de Derechos Humanos. 11/8 Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos. 1º período de sesiones. A/HRC/11/L.16/Rev.1. 12 de junio de 2009.

⁶² Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial; abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015. El objetivo 5 (1) se refiere a la disminución del 75% de la mortalidad materna de 1990 a 2015. Fuente: Portal de internet de la Organización de las Naciones Unidas.

Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml>

⁶³ Fuente: Dirección General de Información en Salud 1990, Secretaría de Salud. Bases de datos definitivas 2010, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Información obtenida de la página web del Observatorio de Mortalidad Materna en México. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/mp_objtv5.pdf



Por su parte, las fallas estructurales en el sector salud como la falta de equipo y personal médico para atender a las mujeres embarazadas y especialmente a las mujeres con emergencia obstétrica, además de la configuración de una violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, representa una violación al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en particular representa violencia institucional y violencia obstétrica como se analizará en apartados posteriores.

Por otro lado, como ha sido ya expuesto por esta Comisión,⁶⁴ el derecho a la vida está reconocido como derecho humano en diversos instrumentos internacionales que forman parte de la normativa aplicable al Estado mexicano. Por ejemplo, en el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁶⁵ y en el artículo 4 de la Convención Americana⁶⁶. Asimismo, se encuentra consagrado en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁶⁷ y en el artículo 1 de la Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre.⁶⁸

En relación con este derecho, la Corte Interamericana, en su jurisprudencia constante, ha afirmado 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. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido."⁶⁹ Señala también la necesidad de que los Estados adopten las medidas apropiadas para garantizarlo [obligación positiva].⁷⁰

Para la determinación de responsabilidad estatal derivada de la falta de adopción de medidas positivas para la protección del derecho a la vida, la Corte Interamericana ha retomando criterios jurisprudenciales de la Corte Europea de Derechos Humanos,⁷¹ en los que establece lo siguiente:

Para que surja esta obligación positiva, debe establecerse que al momento de los hechos las autoridades sabían o debían saber de la existencia de una situación de riesgo real e inmediato para

⁶⁴ CDHDF, Recomendaciones 22/2009, 28 de septiembre de 2009, 07/2011 del 25 de agosto de 2011.

⁶⁵ El artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula que el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero 1981.]

⁶⁶ El artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

⁶⁷ El artículo 3 de esta Declaración Universal de Derechos Humanos, señala que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. [El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos].

⁶⁸ Dicha Declaración establece en su artículo 1 que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. [Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. OAS Res. XXX, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. 1948.]

⁶⁹ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Párrafo 124.

⁷⁰ Cfr. Corte IDH. Caso "Instituto de Reeducción del niño" Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112. Párrafo 158. Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párrafo 237.

⁷¹ Véase también Corte Europea de Derechos Humanos. Killıç v. Turkey (2000) III; Önerıldız v. Turkey, Application no. 48939/99, EurCourt HR [gc], Judgment 30 November 2004, 93, y Osman v. the United Kingdom (1998) VIII, 116.



la vida de un individuo pero no tomaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo.⁷²

Con relación a los servicios de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarlos, la Corte Interamericana ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.⁷³ En este contexto, los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud [en la esfera pública y privada] para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.⁷⁴

El Comité de la CEDAW se ha pronunciado, como mencionamos *supra*, en el sentido de que la violencia contra la mujer que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, en virtud del derecho internacional y de los derechos humanos, constituye discriminación, uno de esos derechos además del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es el derecho a la vida.⁷⁵

En el caso particular de la mortalidad materna, además de constituir en ocasiones una violación al derecho a la vida, según la Organización Mundial de la Salud [en adelante "OMS"], es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas.⁷⁶

En ese sentido la OMS ha considerado que para reducir la mortalidad materna, "todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto." Además, observa que es particularmente importante "que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte."

Respecto de los derechos de las niñas y los niños, la Constitución en el artículo 4° reconoce los derechos de las niñas y de los niños, incluido el derecho a la salud:

[...]

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano

⁷² Cfr. Corte IDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140. Párrafos 123 y 124.

⁷³ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171. P.117.

⁷⁴ *Ibidem*. Párrafo 121.

⁷⁵ Cfr. Comité de la CEDAW. Recomendación General N° 19, sobre la violencia contra la mujer. Aprobada en su 11° período de sesiones el 29 de enero de 1992.

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: World Health Organization, 1999.



esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

[...]

Los derechos de la niñez son los derechos que tiene todo ser humano menor de 18 años a disfrutar de protección legal, cuidados y asistencia especiales, debido a su falta de madurez física y mental, atendiendo en todo momento al interés superior de la niña, niño o adolescente.⁷⁷

El artículo 19 de la CADH señala que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que por su condición de menor de edad requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. De igual manera, en el sistema universal de derechos humanos, los derechos de la niñez han sido enunciados en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño; en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [en particular, en los artículos 23 y 24]; en el PIDESC [artículo 10], en la Convención sobre los Derechos del Niño y diversos estatutos e instrumentos de organismos especializados.⁷⁸

La Convención sobre los Derechos del Niño, establece la obligación del Estado de garantizar la vida, supervivencia y desarrollo de los niños⁷⁹; asimismo, la obligación de tomar las medidas apropiadas para alcanzar la plena realización del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Entre otras, los Estados parte de la Convención, como es el caso del Estado mexicano, se comprometieron a adoptar las siguientes medidas:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;⁸⁰

En ese sentido, el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General número 7, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia establece los derechos a la vida, a la supervivencia y desarrollo del niño, para lo cual "insta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y lactantes, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida."⁸¹

⁷⁷ El interés superior del niño es un "principio regulador de la normativa de los derechos del niño[,] se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades así como en la naturaleza y alcances de la Convención sobre los Derechos del Niño."⁷⁷ El principio del interés superior del niño se aplica a todas las medidas que afecten a la niñez y exige medidas positivas, tanto para proteger sus derechos y promover su supervivencia, crecimiento y bienestar como para apoyar y asistir a los padres y a otras personas que tengan la responsabilidad cotidiana de la realización de los derechos del niño y de la niña. Comité de los Derechos del Niño Observación General N° 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Adoptada el 20 de septiembre de 2006 en su 40 periodo de sesiones, mediante la resolución CRC/C/GC/7/Rev.1. Párrafo 13.

⁷⁸ Cfr. Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Publicada en el D.O.F. el 31 de julio de 1990.

⁷⁹ *Ibidem*. Artículo 6.

⁸⁰ *Ibidem*. Artículo 24.

⁸¹ Comité Derechos del Niño Observación General N° 7. *Op. Cit.* Párrafo 10.



El Comité además, ha señalado que el derecho a la supervivencia y el desarrollo sólo pueden realizarse de una forma integral; debiendo los Estados garantizar todos los derechos que dispone la Convención, incluidos "los derechos a la salud, la nutrición adecuada, la seguridad social, un nivel adecuado de vida, un entorno saludable y seguro, la educación y el juego, así como respetando las responsabilidades de los padres y ofreciendo asistencia y servicios de calidad."⁸²

Con relación al derecho a la salud de los niños, la OMS ha detectado que casi el 40% de los niños menores de 5 años que fallecen cada año son niños y que el riesgo de muerte en un niño es más elevado en el primer mes de vida; la mayoría de esas muertes neonatales "son debidas a partos prematuros, asfixias del parto e infecciones,"⁸³ así como traumatismos.⁸⁴

En ese sentido, la OMS menciona que dos de cada tres fallecimientos de niños pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida. Además, marca algunos puntos con los cuales pueden reducirse las muertes neonatales:

- atención de calidad durante el embarazo;
- partos seguros atendidos por asistentes de partería cualificados, y
- buenos cuidados neonatales: atención inmediata a la respiración y la temperatura, cuidados higiénicos de la piel y el cordón umbilical, y lactancia exclusivamente materna.⁸⁵

Sobre los embarazos en niñas y adolescentes, el Comité de los Derechos del Niño ha establecido el derecho de éstas a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares.⁸⁶

Sobre las Políticas públicas con relación a la salud materna y neonatal el "Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave" adoptado por la OMS y la Organización Panamericana de la salud, contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (1.) Dicho plan considera que en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. En el Plan de Acción se abordaron las siguientes estrategias:

- Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
- Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.
- Recursos humanos calificados.
- Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.⁸⁷

⁸² *Idem*.

⁸³ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/index.html>

⁸⁴ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/index.html>

⁸⁵ Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/index.html>

⁸⁶ Observación General No. 4, Comité de los Derechos del Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003), Párrafo 31.

⁸⁷ OMS, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave. Adoptado en la 63.ª Sesión del Comité Regional en Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 201. Aprobado en la Resolución CD51/12 del 1º de Agosto de 2011.

A nivel nacional, el Programa Arranque Parejo en la Vida, igualmente busca contribuir al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio; en el Programa destaca el reconocimiento que la propia Secretaría de Salud federal hace respecto de la mortalidad materna, y sus efectos devastadores "debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas."⁸⁸

En dicho Programa se abordan estrategias para mejorar la gestión pública, entre ellas:

- Hacer más eficiente la operación y el gasto de las dependencias y entidades federales y estatales
- Profesionalizar el servicio público a fin de que se eleven a competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico con énfasis en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, promoviendo la adopción de prácticas basadas en evidencia científica, instrumentando programas de capacitación para los distintos agentes de salud, vinculando la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en nuestro país y promoviendo estrategias de sensibilización para el personal de salud.
- Adoptar un modelo de diseño del presupuesto basado en resultados que facilite la rendición de cuentas y genere los incentivos para que la Administración Pública Federal y Estatal cumpla las metas planteadas.⁸⁹

Con relación a lo anterior, los hechos que se presentan están relacionados con los derechos anteriormente desarrollados. En los casos **A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K y L** se violó el derecho a la salud de las mujeres embarazadas. Además de los **casos N y O** se desprende el riesgo de afectación a la salud de todas las usuarias de los servicios de salud de los Hospitales a los que nos referiremos; por su parte, en el **caso "P"** se violó el derecho a la vida de la madre. En los casos **"G"** y **"Q"** se desprende la afectación al derecho a la vida de los niños y en los casos **"D"** y **"L"** la afectación al derecho a la salud de niñas y niños. Por su parte en los **casos "H", "I", "J", "K" y "L"** el producto de la gestación fue obtenido o expulsado sin signos vitales.

Asimismo, en la mayoría de los casos, como se detallará a continuación se aprecian las fallas estructurales de los hospitales de la red de salud del Distrito Federal a los que nos referimos, particularmente en cuanto a la atención materno-infantil.

V.2.1. Sobre el caso "A", expediente: CDHDF/III/121/BJ/10/D1832

La queja se deriva de la mala práctica médica en la que incurrieron médicos del Hospital General Xoco al momento de atender el parto de la agraviada, además de que posteriormente, no fue atendida por un especialista lo cual complicó su problema de salud. Cabe señalar que las condiciones de salud de la agraviada actualmente no son buenas debido a que ha perdido la confianza en los médicos del Sector Salud y se ha dejado de atender, además de que no se le ha

⁸⁸ Secretaría de Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. Primera edición. México, 2008. Página 11.

⁸⁹ *Ibidem*. Página 52.



brindado el apoyo necesario para que, en caso de que decida atender su problema de salud su hijo no quede desprotegido, tal y como se detalla a continuación.

Al momento de la atención del parto, los médicos del Hospital General Xoco realizaron a la agraviada "una episiotomía medio lateral, observándose a la revisión de canal del parto desgarró vulvoperineal de III grado, efectuándose [...] reparación de desgarró." Posteriormente, se le realizó otra cirugía a fin de corregir el diagnóstico de fistula rectovaginal recidivante^{90,91} sin embargo la cirugía no logró los fines perseguidos debido a que no fue realizada por el especialista médico adecuado que era un coloproctólogo y no un médico ginecólogo.⁹²

A raíz de las gestiones de esta Comisión,⁹³ la Secretaría de Salud ofertó a la agraviada acudir al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez [en adelante "Hospital Belisario Domínguez"],⁹⁴ en el que fue atendida y de dicho nosocomio la refirieron al Hospital General para realizarle algunos estudios.⁹⁵ La CDHDF realizó las gestiones necesarias a fin de que el costo de los estudios le fuera cubierto⁹⁶ y la SSDF aseguró que a través del seguro popular se le reembolsaría la erogación de los estudios;⁹⁷ no obstante, a pesar de que la peticionaria realizó los trámites correspondientes, no le fue reembolsado el monto del estudio realizado.⁹⁸

La agraviada fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital Belisario Domínguez en el mes de septiembre de 2010, y a pesar de considerar que la habían atendido correctamente en dicho nosocomio, refirió sentir desconfianza y temor de que su condición "tenga que ser permanente",⁹⁹ ya que no le garantizan que "quede bien" por lo que dejó de acudir a sus citas médicas; manifestó casi diez meses después de su operación a personal de esta Comisión que su problema de salud,

⁹⁰ Trayecto anómalo que pone en comunicación al recto de una parte y a la vagina de la otra. Se considera recidivante cuando después de haber proporcionado un tratamiento quirúrgico a este trayecto anómalo, vuelve a aparecer dicha fistula.

⁹¹ Véase anexo. Evidencia número VI.A.11. Resumen clínico suscrito por el encargado del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Xoco; remitido a esta CDHDF mediante oficio 09240-1 de fecha 2 de Agosto de 2011, suscrito por el Dr. Jorge A. Aviña Valencia, Director del Hospital General Xoco.

⁹² Véase anexo. Evidencia número VI.A.13. Oficio sin número de fecha 14 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Morelos Adolfo García Sánchez, Médico adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez" de la SSDF; remitido a esta Comisión mediante oficio D/698/11 de fecha 18 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Isauró Ramón Gutiérrez, Director de dicho Hospital.

⁹³ Véase anexo. Evidencia número VI.A.1. Acta circunstanciada de llamada telefónica de fecha 25 de marzo de 2010, dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

⁹⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.A.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a esposo de la agraviada, de fecha 30 de marzo de 2010, dio fe de la llamada una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

⁹⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.A.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada de fecha 15 de abril de 2010, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

⁹⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.A.5. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 22 de abril de 2010, de la que dio fe una visitadora Adjunta de esta Comisión.

Véase anexo. Evidencia número VI.A.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada de fecha 15 de abril de 2010, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

⁹⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.A.6. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de fecha 6 de mayo de 2010, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

⁹⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.A.7. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 12 de agosto de 2010, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

⁹⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.A.8. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 1° de octubre de 2010, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

aparentemente, sigue igual.¹⁰⁰ En una comparecencia ante este Organismo, señaló al personal médico adscrito sus molestias y comentó que la situación ha impactado de forma negativa en su vida.¹⁰¹

Por su parte, el especialista que atendió a la agraviada en el Hospital Belisario Domínguez informó a esta Comisión que los resultados de la cirugía fueron alentadores y su pronóstico es muy bueno. Coincide en que a la agraviada nunca se le egresó definitivamente del nosocomio y refiere que el abandono del seguimiento a su padecimiento, así como el abandono del tratamiento afectan en forma directa su recuperación o curación total, y que es vital su evaluación.¹⁰²

Asimismo, dicho médico refirió que para la solución de su padecimiento, el especialista médico indicado es el coloproctólogo y no un médico ginecólogo como el que la atendió en el Hospital General Xoco, además indicó que debido al tipo de desgarro que sufrió la agraviada debería haber sido enviada a un tercer nivel de atención "con manejo conjunto interdisciplinario. (Médico Gineco-obstetra, Coloproctólogo según lo amerite el caso)".¹⁰³

Manifestó que en el caso de la agraviada, la causa de su problema de salud se debió entre otras circunstancias, a la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital Xoco, al respecto, refirió lo siguiente:

Por los intentos quirúrgicos previos de reparación. [...] Con ausencia de conocimiento anatómico de circulación sanguínea, inervación y fisiología de los tejidos musculares del complejo específico esfínterico, así como el uso de suturas y técnicas quirúrgicas no viables e isquémicas que hacen "sufrir" o que laceran las estructuras por inadecuada disección quirúrgica, identificación anatómica por falta de pericia y conocimiento.

La falta de tiempo entre una cirugía a otra. Se debe posponer el tratamiento quirúrgico de 3 a 6 meses, hasta que los tejidos sean manipulables y haya cedido la infección e inflamación, después del primer intento quirúrgico fallido.¹⁰⁴

De igual manera, médicos de esta Comisión coincidieron en que el desgarro que sufrió la agraviada puede ser atribuido a una mala atención en el parto por los médicos del Servicio de Ginecología del Hospital General Xoco; lo cual se complicó por no haber interconsultado, al momento de las cirugías posteriores para reparar el desgarro, a un médico coloproctólogo que es el especialista adecuado.¹⁰⁵ Se llegó por lo tanto, entre otras, a la conclusión de que "[e]l desgarro perineal de cuarto grado

¹⁰⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.A.9. Acta Circunstanciada de llamada telefónica a la peticionaria de fecha 19 de julio de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹⁰¹ Véase anexo. Evidencia número VI.A.10. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de julio de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹⁰² Véase anexo. Evidencia número VI.A.12. Oficio sin número de fecha 26 de agosto de 2011, suscrito por el Dr. Morelos A. García Sánchez, Médico Adscrito al servicio del Coloproctología del Hospital General Belisario Domínguez de la SSDF; remitido a esta Comisión mediante oficio D/600/11 de fecha 6 de septiembre de 2011, suscrito por el Director del Hospital Belisario Domínguez.

¹⁰³ Véase anexo. Evidencia número VI.A.13. Oficio sin número de fecha 14 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Morelos Adolfo García Sánchez, Médico adscrito al servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez" de la SSDF; remitido a esta Comisión mediante oficio D/698/11 de fecha 18 de octubre de 2011, suscrito por el Dr. Isaura Ramón Gutiérrez, Director de dicho Hospital.

¹⁰⁴ *Ídem*.

¹⁰⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.A.14. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, de fecha 11 de enero de 2011, realizada por personal médico adscrito a esta CDHDF.



producido en la paciente, sí pudo haber sido causado por una mala atención en el parto por los médicos del Servicio de Ginecología del Hospital General Xoco."¹⁰⁶

Además de las afecciones médicas, la agraviada manifestó que "desde que tiene su padecimiento médico ha tenido diversos problemas de todo tipo con su pareja y con su familia [ya que] desde que la lastimaron [en el Hospital Xoco] ella no puede solventar sus necesidades básicas." Agregó, que antes de su padecimiento ella era el sostén de su familia, que en ocasiones no acude a sus citas médicas porque no cuenta con dinero suficiente o porque no tiene con quien dejar a su hijo. Refiere que lo más grave, es que cuando la intervienen quirúrgicamente mínimo tiene que estar hospitalizada un mes, sus familiares no la visitan y no ve a su hijo, por lo tanto le preocupa el estado en el que se encuentre, el tiempo de recuperación es el que más le preocupa pues no recibe ayuda de nadie para sus cuidados para que sea exitosa la recuperación.¹⁰⁷

En un dictamen psicológico elaborado con motivo del caso se concluyó que como lo refiere la agraviada, su calidad de vida ha tenido "un menoscabo de magnitudes importantes, [...] que hacen de su vida cotidiana algo doloroso psicoemocionalmente y complicado en sus relaciones inter y extrapersonales."¹⁰⁸ Además, el detrimento de su autoestima es relevante; sumado a los daños materiales consecuencia de su padecimiento. Por lo anterior, se concluyó que la agraviada sufre una afectación psíquica y un trauma a nivel psíquico.¹⁰⁹

Por lo anterior, en el caso que se expone esta Comisión concluye que la agraviada fue víctima de una mala atención médica en el Hospital General Xoco ya que no fue tratada su complicación al momento del parto por el especialista adecuado. Las secuelas que ha dejado el padecimiento en su salud provocaron que su proyecto de vida se modificara drásticamente, lo cual ha derivado en afectaciones de carácter psicosocial.

V.2.2 Sobre el caso "B", expediente: CDHDF/III/122/GAM/10/D6032

La queja se refiere a la muerte del hijo de la agraviada,¹¹⁰ sin embargo, dicha pérdida no se atribuye directamente a una mala práctica médica. La queja se traduce en una deficiente calidad de la atención médica que se le otorgó al niño tanto en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc como en el Hospital Pediátrico Tacubaya.

Sobre la atención médica brindada tanto al niño como a la madre, así como respecto de las condiciones generales del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc, el encargado del despacho de la Dirección General del mencionado Hospital informó que transcurrieron siete horas después del nacimiento del niño para poder trasladarlo al Hospital Pediátrico Tacubaya, "debido a que la

¹⁰⁶ *Idem.*

¹⁰⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.A.15. Acta Circunstanciada de comparecencia de agraviada de fecha 16 de enero de 2011, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión

¹⁰⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.A.16. Dictamen psicológico sobre el caso de la agraviada, de fecha 18 de enero de 2012, elaborado por un psicólogo de esta Comisión, adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos.

¹⁰⁹ *Idem.*

¹¹⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.B.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 7 de septiembre de 2010, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.



demanda de atención en los diferentes hospitales de la red se encontraba saturada".¹¹¹ Asimismo, refirió que el servicio de rayos X se encuentra cerrado parcialmente por no contar con responsable sanitario para dicha área y que en la Unidad no se cuenta con gasómetro ni con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.¹¹²

Por su parte, el Director del Hospital Pediátrico Tacubaya informó a esta Comisión que niño ingresó a dicho Hospital el 25 de agosto del año 2010 a las 19:30 horas procedente del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, "en muy mal estado de salud; [...] [y] finalmente falleció el día 29 de agosto del 2010 a las 16:45 horas".¹¹³

Como parte de la investigación de los hechos, personal médico de esta Comisión emitió una Opinión en la que si bien concluyó que la atención del parto de la agraviada se realizó como establece la literatura médica y el pronóstico del niño era malo, "no exime el hecho que en los hospitales donde fue atendido, no se contó con los recursos de diagnóstico oportunos (gasometría y Rayos X) para el diagnóstico o monitorización adecuadas del paciente. Lo cual va en detrimento de la atención médica recibida en dichos hospitales, que si bien, no determinó la muerte del paciente, si influyó en la calidad de la atención médica haciéndola deficiente".¹¹⁴

Posteriormente, en comparecencia ante este Organismo, el peticionario refirió que durante la estancia de su hijo en el Hospital Materno Infantil Cuauhtépec no le informaron sobre el estado de gravedad, ni tampoco sobre la razón del traslado al Hospital Pediátrico Tacubaya. Sobre esto, se documentó que se le proporcionó información a un familiar de los agraviados sólo en una ocasión durante la estancia del niño en el Hospital Materno Infantil Cuauhtépec.

Además, el peticionario refirió que su hijo presentaba una quemadura en su talón sin que los médicos le hayan dicho el motivo. Por otro lado, manifestó que el Certificado de Alumbramiento que le expidieron en el Hospital Materno Infantil Cuauhtépec no contenía la hora de nacimiento de su hijo¹¹⁵ y que le negaron en el Hospital la corrección, lo que complicó el trámite para la expedición del acta de defunción del niño y por consiguiente los trámites para su sepultura.¹¹⁶

Sobre la información brindada por los médicos acerca de la quemadura en el talón del bebé se informó que esta ampolla se había debido a un procedimiento médico necesario;¹¹⁷ no obstante, en una Ampliación de la Opinión médica elaborada por médicos de esta CDHDF se asentó que si bien dicho procedimiento era necesario, la flictena "se debió a algún descuido médico por parte del

¹¹¹ Véase anexo. Evidencia número VI.B.3. Oficio D/1471/11 de fecha 12 de agosto de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Luis Antonio Martínez Estrada, Encargado del Despacho de la Dirección del Hospital Materno Infantil de Cuauhtépec.

¹¹² *Idem*.

¹¹³ Véase anexo. Evidencia número VI.B.2. Oficio Dir./HPT/097/11 de fecha 06 de julio de 2011, suscrito por el Dr. Carlos Javier Arnaiz Toledo, Director del Hospital Pediátrico Tacubaya.

¹¹⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.B.4. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, elaborada por médicos de esta Comisión.

¹¹⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.B.6. Acta Circunstanciada de recepción de un correo electrónico enviado por el peticionario, de fecha 15 de diciembre de 2011, suscrita por una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹¹⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.B.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 07 de diciembre de 2011, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹¹⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.B.7. Oficio sin número, sin fecha, remitido a esta Comisión mediante oficio Dir./HPT/06/2012, de fecha 19 de enero de 2012, suscrito por el Director del Hospital Pediátrico Tacubaya.



equipo de salud," aunque ésta no repercutió en el fallecimiento del niño.¹¹⁸ Sin embargo, dicha quemadura seguramente produjo sufrimiento en el niño, atribuible a un descuido de los médicos.

Respecto de la expedición del certificado de nacimiento del niño en el que en un inicio no se asentó la hora del nacimiento, el Encargado de la Dirección del Hospital Materno Infantil lo justificó debido a la gravedad en la salud del niño en el momento de expedir el documento.

Por lo anterior, se concluye que de la investigación que realizó la Comisión se logró acreditar que en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc no se contaba con el equipo médico necesario para brindar el diagnóstico y atención oportuna al niño, además de que la información que le proporcionaron al peticionario no fue de calidad debido a que sólo en una ocasión le brindaron informes sobre el estado de salud de su hijo y esa información no fue completa. Si bien lo anterior, no fue determinante en la atención del niño, no se justifica que un hospital materno infantil no cuente con los elementos necesarios para hacer frente a una emergencia como la que se presentó.

V.2.3. Sobre el caso "C", expediente: CDHDF/II/122/BJ/11/D4312

La queja se deriva del retraso en la atención médica de la agraviada, posterior a que su hijo nació. Lo anterior, ya que el Hospital al no contar con el personal ni el equipo médico adecuado, no fue posible tener un diagnóstico oportuno. Además, en virtud de las carencias con que cuenta el Hospital el peticionario, esposo de la agraviada, tuvo que solventar gastos como adquisición de material y renta de equipo médico necesarios para la adecuada atención de su esposa.¹¹⁹

Con motivo de los hechos narrados por el peticionario, esta Comisión emitió una solicitud de medidas precautorias a fin de que a su esposa se le brindara la atención médica adecuada de acuerdo a su estado de salud.¹²⁰

El encargado de Ginecología del Hospital General Xoco informó que respecto al estado de salud de la agraviada, el tratamiento quirúrgico a realizar consistiría en "el cierre de herida quirúrgica dehiscente [...] considerándose la posibilidad de cierre por segunda intención utilizando un sistema denominado VAC, [...] [pero que] desgraciadamente la SSDF no cuenta con el recurso del sistema"¹²¹ Por lo anterior, requirieron al peticionario alquilar por su cuenta ese aparato, así como los

¹¹⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.B.9. Ampliación de la opinión médica sobre el caso del hijo del peticionario, de fecha 8 de febrero de 2012, elaborada por médicos de esta Comisión

¹¹⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.C.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 14 de julio de 2011, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

Véase anexo. Evidencia número VI.C.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 16 de julio de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

Véase anexo. Evidencia número VI.C.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 20 de julio de 2011, dio fe de la comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹²⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.C.3. Oficio sin número, de fecha 18 de julio de 2011, suscrito por el Dr. Gilberto Rivas Cerecero, encargado de Ginecología del Hospital General Xoco. Remitido a esta Comisión mediante oficio 09197 de fecha 18 de julio de 2011, suscrito por el Director del Hospital General de Xoco.

¹²¹ *Idem*.

insumos para su funcionamiento;¹²² es importante mencionar que según el dicho de los médicos tratantes, ese aparato era el óptimo para la atención de la agraviada.¹²³

Para continuar con la investigación, el 1° de diciembre de 2011 una Visitadora Adjunta de esta Comisión, acompañada de personal médico acudieron a las instalaciones del Hospital General Xoco, con el objetivo de revisar las constancias del expediente médico toda vez que el peticionario había hecho notar diversas disparidades entre lo señalado en el expediente y la información que le habían proporcionado; por ejemplo, al peticionario le habían indicado que la usuaria presentaba sepsis¹²⁴ abdominal, lo cual no se reporta en el expediente clínico, además de algunas irregularidades que se detectaron en el expediente médico.

En el Hospital el personal de esta Comisión solicitó a una médico el estudio tomográfico practicado a la peticionaria, sin embargo, la médico indicó que el aparato para realizar las tomografías estaba descompuesto y se habían perdido las imágenes archivadas, tampoco se tenía constancia alguna sobre la realización de dicho estudio. Sobre el estudio de tomografía, el peticionario manifestó que la placa no pudo ser interpretada en el momento ya que personal del Hospital le manifestó que no contaban con el personal para interpretarla, que fue hasta que su esposa entró a terapia intensiva cuando conocieron el resultado de dicha tomografía. Además, comentó que al pedir el resumen médico se lo negaron y sobre el estudio de patología no les dieron información.¹²⁵

Respecto de la atención médica brindada a la agraviada, en una Opinión Médica elaborada por médicos de esta Comisión, se concluyó, con base en los documentos revisados y la literatura médica, que la agraviada "presentó anemia por sangrado y datos tomográficos de líquido libre en la cavidad abdominal [que] reportaban gravedad misma que no se trató quirúrgicamente en el momento de la presentación de dichos datos médicos, sino hasta que la paciente presentó datos francos de sepsis. La realización de la laparotomía exploradora el mismo 16 de junio [fecha de la realización de la tomografía] pudo haber evitado que la paciente sufriera un evento más grave como el que presentó."¹²⁶

Asimismo, se concluyó que El Hospital General de Xoco no resguardó parte del expediente clínico, como lo son los resultados de la tomografía, incumpliendo con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

Sobre los gastos erogados por el peticionario, además del sistema VAC, refiere que tuvo que comprar una cama especial y una silla de ruedas, ya su esposa no tenía fuerza al ser dada de alta del Hospital. El esposo de la agraviada manifestó que ésta se encuentra estable, aunque al caminar

¹²² Véase anexo. Evidencia número VI.C.4. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 20 de julio de 2011, dio fe de la comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹²³ Véase anexo. Evidencia número VI.C.5. Acta Circunstanciada de Diligencia al Hospital General de Xoco de fecha 22 de julio de 2011, de la que dieron fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión y un médico de esta Comisión.

¹²⁴ Estado infeccioso sistémico, que se caracteriza por presentar gérmenes patógenos y sus toxinas en la sangre.

¹²⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.C.8. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 13 de febrero de 2012, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹²⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.C.7. Ampliación de la opinión médica de la agraviada, de fecha 3 de febrero de 2012, elaborada por médicos adscritos a esta Comisión.



se cansa, informó a esta Comisión que la está atendiendo un médico particular ya que a raíz de lo ocurrido no tienen confianza en el sistema de salud del D.F.¹²⁷

En el caso que se presenta el retraso en el diagnóstico y por consiguiente en la atención de la agraviada trajo como consecuencia que su estado de salud empeorara; asimismo, no se justifica que el peticionario tuviera que adquirir el equipo médico necesario para la atención de la agraviada. Por lo que este Organismo concluye que se violaron en perjuicio de la agraviada sus derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud y su derecho a la integridad personal.

V.24. Sobre el caso "D", expediente: CDHUS/III/122/XOCH/12/D0312

La agraviada acudió el día 16 de enero de 2012 al Hospital Materno Infantil Xochimilco con la finalidad de atender su embarazo de término, sin embargo le indicaron que regresara al Hospital en 24 horas ya que su embarazo no había llegado a término. Acudió de nuevo el 17 de enero a las 18:45 horas y le dieron la misma indicación. Debido a las molestias regresó a las 22:00 horas, del mismo 17 de enero y la indicación fue la misma, que regresara en 24 horas.¹²⁸

El 18 de enero a las 5:00 horas debido a que los dolores y las molestias de la agraviada incrementaban, acudió de nuevo al Hospital y le indicaron que regresara en 3 horas. A las 8:15 de ese mismo día fue atendida por la doctora Rosa María Badillo, quien al valorar a la agraviada, le indicó que su embarazo aun no estaba en término y que por sus propios medios acudiera a otro hospital, ya que no tenían lugar para ella. Por lo que antes de retirarse del Hospital, al acudir al baño, la agraviada expulsó a su hijo y fue hasta ese momento que la atendieron en el mencionado Hospital.¹²⁹ Si bien, madre e hijo se encuentran bien de salud, se comprobó que existió una mala práctica médica en perjuicio de la agraviada y del niño.

Con motivo de la queja se entabló comunicación con el Subdirector Médico del Hospital a fin de que brindara información a esta Comisión y a los familiares de la agraviada sobre su estado de salud así como del niño, a lo que refirió que la agraviada y el bebé se encontraban bien y serían dados de alta el 19 de enero de 2012.¹³⁰

Sobre los hechos informó que "a las 08:00 horas la agraviada se presentó en el área de admisión y fue atendida por la doctora Rosa María Badillo, quien la revisó y observó que tenía 4 centímetros de dilatación por lo que le dijo a la paciente que estuviera en alerta. A las 08:56 horas la paciente tuvo un parto precipitado en el baño y fue auxiliada por la doctora Márquez, quien se encontraba cerca del lugar."¹³¹

Posteriormente, la Secretaría de Salud envió a esta Comisión copia certificada del expediente médico de la agraviada, así como un resumen clínico de la atención brindada a la agraviada, de

¹²⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.C.8. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 13 de febrero de 2012, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹²⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.D.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 18 de enero del 2012, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹²⁹ *Idem.*

¹³⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.D.2. Acta Circunstanciada de gestiones telefónicas de fecha 18 de enero de 2012, dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹³¹ *Idem.*



donde se desprende que la doctora Rosa María Badillo Ostiguín, gineco-obstetra del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco era la única especialista en gineco-obstetricia el 18 de enero del 2012 en el turno matutino, en el área de la consulta de urgencias así como en el área de atención obstétrica de las usuarias que se encontraban en el área de Tococirugía. Así, en el resumen clínico, elaborado por ella, refiere que estaba "sola para resolver los requerimientos que de dichas áreas se presentasen."

La doctora Rosa María Badillo refirió que tras la revisión de la agraviada, se le indicaron a ésta los datos de alarma obstétrica por escrito y se le pidió que acudiera al Hospital Materno Pediátrico de Topilejo para su atención, debido a que no se consideró que hubiera datos de urgencia Obstétrica y porque la médico estaba "sola como médico ginecólogo en el turno matutino para ambos servicios, lo cual mencionó, dificulta importantemente la posibilidad de valorar cercanamente la evolución de las pacientes ingresadas a Tococirugía."¹³²

Por lo que respecta a la falta de referencia para acudir a otro hospital, la doctora manifestó que "no se cuenta con papelería para realizar hojas de referencia"¹³³ por lo que se le entregó a la agraviada copia de la nota elaborada en ese momento.

El 20 de febrero de 2012 médicos de esta Comisión elaboraron una opinión sobre el caso, en la que se concluyó que hubo mala práctica médica durante la atención de la fase activa del parto de la agraviada, ya que no se le dio atención intrahospitalaria bajo el pretexto de carencia de personal médico; asimismo, no fue referenciada a otra unidad hospitalaria. De igual manera no se realizó la hoja de partograma, en la cual se registra la frecuencia cardíaca fetal, la dilatación, borramiento y contracciones uterinas, la cual pudiera haber evitado un parto fortuito.¹³⁴

Sobre el estado de salud del bebé, se concluyó que "por el momento no es posible valorar algún daño neurológico en el niño [por lo que] es necesario la valoración periódica pediátrica del niño para evaluar su desarrollo neurológico adecuado."¹³⁵

Por lo anterior, esta Comisión acreditó que la agraviada y su hijo recibieron una mala atención médica en el mencionado Hospital debido a que el seguimiento del trabajo de parto no fue de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana y a la literatura médica, lo que trajo como consecuencia que el nacimiento del niño se diera en condiciones sépticas, por lo que no es posible descartar algún daño neurológico en el niño. Así, esta CDHDF concluye que los derechos a la salud, integridad personal fueron violados en perjuicio de la agraviada.

V.2.5. Sobre el caso "E", expediente: CDHUOM/122/IZTP/10/D6387

La queja presentada se refiere a la mala atención médica durante el parto de la agraviada, entonces menor de edad, el 2 de septiembre de 2010, que trajo como consecuencia que su hijo actualmente

¹³² Véase anexo. Evidencia número VI.D.3. Resumen clínico de la atención brindada a la agraviada de fecha 31 de enero de 2012, suscrito por la Dra. Rosa María Badillo Ostiguín, médico especialista en Gineco-Obstetricia del turno matutino del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.

¹³³ *Idem.*

¹³⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.D.4. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, de fecha 20 de febrero de 2012 elaborada por médicos adscritos a esta Comisión.

¹³⁵ *Idem.*



tenga secuelas de salud que se pudieron haber evitado de haber contado con la adecuada atención médica.¹³⁶ Con motivo de los hechos el 29 de octubre de 2010 se inició una averiguación previa en la Fiscalía para la Investigación de los delitos cometidos por Servidores Públicos dentro de la que se han realizado diversas actuaciones.¹³⁷ De igual manera, se inició procedimiento en la Contraloría Interna de la SSDF¹³⁸, resolviéndose como improcedente derivado de la falta de elementos, con fecha 26 de diciembre de 2011.

La SSDF informó que respecto la atención del parto de la peticionaria, ésta ingresó por segunda ocasión al área de admisión a las 6:30 horas y fue valorada por el médico residente doctor Raymundo García Guzmán, quien decidió su ingreso al área de labor. Al no haber camillero éste acudió en busca de una camilla para trasladar a la agraviada, en ese momento, expulsó al producto que cayó al suelo.¹³⁹ La doctora residente Jessica Álvarez Torres acudió al oír los gritos de la usuaria, levantó al producto y lo entregó a una pediatra.¹⁴⁰ A la peticionaria se le dejó en el servicio de admisión al cambiar al turno matutino ya que aún no se contaba con camillero.¹⁴¹

Sobre los hechos, el encargado de Gineco-Obstetricia del Hospital General Iztapalapa manifestó que si bien se detectó que "la paciente se encontraba en trabajo de parto avanzado [...] existieron factores coadyuvantes para la presentación de la eventualidad"¹⁴², entre ellos, refirió que no había sala de expulsión disponible y que no había camillero en la Unidad Tocoquirúrgica, además de que no había personal de enfermería en el área de admisión,¹⁴³ ya que éstas se encontraban en la sala de expulsión atendiendo un parto, ministrando fármacos, cambio de soluciones, entre otros.¹⁴⁴

¹³⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.E.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria, de fecha 23 de septiembre de 2010, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹³⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.E.2. Oficio sin número de fecha 19 de octubre de 2010, suscrito por el Lic. Fernando Horta Díaz, Agente del Ministerio Público de la Fiscalía para la Investigación de los delitos cometidos por servidores públicos; remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/503/T3/5378/10-2010 de fecha 20 de octubre de 2010, suscrita por una Agente del Ministerio Público de la Dirección General de Derechos Humanos.

Véase anexo. Evidencia número VI.E.4. Oficio DGDH/DEA/503/0448/2011 de fecha 11 de febrero de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Directora de enlace "Q" de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF.

¹³⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.E.3. Oficio CG/CISS/SQDR/1591/2010 de fecha 23 de diciembre de 2010, dirigido a esta Comisión, suscrito por Teresa Monroy Martínez, Contralora Interna de la SSDF.

¹³⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.E.7. Copia certificada de una relatoría de hechos elaborada por el Dr. Raymundo García Guzmán, médico residente del Hospital General Iztapalapa.

Véase anexo. Evidencia número VI.E.9. Copia certificada de un Informe elaborado por la Dra. Nayeli Galicia Hernández, médico residente del Hospital General Iztapalapa.

¹⁴⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.E.8. Copia certificada de un Informe elaborado por la Dra. Jessica Álvarez Torres, médico residente del Hospital General Iztapalapa.

¹⁴¹ Véase anexo. Evidencia número VI.E.5. Copia certificada del Informe sin fecha, suscrito por tres enfermeras pertenecientes al Hospital General Iztapalapa, dirigido a la Lic. En Enfermería María Concepción Mendiola Miranda, jefa de enfermeras de dicho Hospital.

¹⁴² Véase anexo. Evidencia número VI.E.11. Copia del oficio HGI/GO/015/11 de fecha 14 de febrero de 2011, suscrito por el Dr. Antonio Pérez Alvarado, encargado de Gineco-obstetricia del Hospital General Iztapalapa; remitido a esta Comisión mediante oficio HGI/SM/QDH/008/11 recibido el 16 de febrero de 2011, suscrito por el Director del Hospital General Iztapalapa.

¹⁴³ *Idem*.

¹⁴⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.E.5. Copia certificada del Informe sin fecha, suscrito por tres enfermeras pertenecientes al Hospital General Iztapalapa, dirigido a la Lic. En Enfermería María Concepción Mendiola Miranda, jefa de enfermeras de dicho Hospital.

El hijo de la agraviada actualmente tiene problemas de salud que le sobrevinieron a raíz de su nacimiento en condiciones inadecuadas,¹⁴⁵ es decir, tienen relación con su nacimiento en un medio séptico y la caída que sufrió.¹⁴⁶

Por lo anterior, en el presente caso se pudo acreditar que derivado de la mala atención médica que recibió la madre, menor de edad al momento en que ocurrieron los hechos, el hijo de ésta actualmente tiene secuelas en su salud. La mala atención médica se originó por la falta de equipo y personal médico para atender el parto de la agraviada. Por lo que esta Comisión concluye que se violaron los derechos a la salud de las niñas y de los niños, integridad personal de las y los niños, así como los derechos reproductivos de la mujer.

V.2.6. Sobre el caso "F", expediente: CDHUS/III/22/XOCH/11/3758

Los hechos de la queja derivan de que el 17 de junio de 2011 a las 04:00 horas, la agraviada ingresó al Hospital Materno Infantil Xochimilco para atender su embarazo de término, el cual hasta ese momento era normo evolutivo.¹⁴⁷ En el Hospital no recibió la atención médica adecuada lo que provocó que existiera sufrimiento fetal al momento del parto, el cual no fue diagnosticado de manera oportuna. Madre e hija actualmente se encuentran bien de salud;¹⁴⁸ sin embargo, no se descarta un probable daño neurológico en niña con motivo de la mala práctica médica.

El Director del Hospital Materno Infantil Xochimilco informó que a la niña se le brindó la atención médica correspondiente a sus diagnósticos y que el Hospital cuenta con los especialistas y el material médico necesario; asimismo, se remitió copia certificada del expediente clínico.¹⁴⁹

Con motivo de los hechos, médicos de esta Comisión emitieron una opinión en la que se mencionó que "la paciente no fue monitorizada con cardiotocógrafo o ultrasonido en la unidad hospitalaria además la frecuencia cardíaca no fue monitorizada como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993". Asimismo, "no se brindó una atención adecuada desde su internamiento hasta la atención del parto",¹⁵⁰ lo que podría tener consecuencias en la salud de niña.

De los hechos narrados se concluye que la atención médica de la peticionaria no fue de calidad lo que trajo como consecuencia que al momento del parto se presentara el cuadro llamado "sufrimiento fetal" por alrededor de 62 minutos que duró el trabajo de expulsión ya que la niña venía con circular de cordón apretada al cuello y por consiguiente es posible que se haya causado una afectación neurológica a la niña. Dicha situación se pudo haber evitado por un estudio ultrasonográfico y/o cardiotocográfico, lo cual pudo modificar la conducta terapéutica de ese embarazo. En ese sentido

¹⁴⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.E.12. Opinión médica sobre el caso de la agraviada y el Niño, de fecha 26 de julio de 2011, elaborada por personal médico de esta CDHDF.

¹⁴⁶ *Idem*.

¹⁴⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.F.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de junio del 2011, dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹⁴⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.F.4. Acta Circunstanciada de visita al domicilio de la peticionaria, de fecha 2 de febrero de 2012, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta CDHDF.

¹⁴⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.F.2. Oficio D/0192/11 de fecha 27 de junio de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Xochimilco.

¹⁵⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.F.3. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, de fecha 25 de noviembre de 2011, elaborada por personal médico de esta CDHDF.



este Organismo concluye que los derechos a la salud e integridad de la niña, así como los derechos reproductivos de la mujer fueron violados.

V.2.7. Sobre el caso "G", expediente: CDHUOM/122/VC/11/D1395

La queja está relacionada con el retraso en la atención médica de la agraviada al término de su embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguarán, lo cual culminó en la muerte del niño.¹⁵¹

Esta Comisión solicitó información sobre los hechos de la queja al Director del Hospital Materno Infantil Inguarán, quien remitió los nombres de los médicos y enfermeras que atendieron a la peticionaria, asimismo, se incluyó un informe sobre la atención que recibió la madre y el niño.¹⁵² Posteriormente, se informó a esta Comisión sobre la "Opinión técnico médica" sobre el caso de la peticionaria, elaborada por médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán, en la que llegan, entre otras, a la conclusión de que el resultado final del embarazo fue incorrecto:

- Por la falta de personal médico en los diferentes turnos. Los médicos presentes tenían exceso de trabajo.
- Porque los médicos que brindaron la atención médica no se apegaron a la Norma Oficial Mexicana ya que indicaron la aplicación de oxitócico, lo cual requiere vigilancia estrecha.
- Porque en reiteradas ocasiones el Hospital ha solicitado equipo médico para el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal con resultados negativos.¹⁵³

A su vez, con motivo de los hechos inició una averiguación previa,¹⁵⁴ la cual fue enviada a la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGJDF el 28 de marzo de 2011¹⁵⁵ y el 17 de agosto informaron a esta Comisión que en el dictamen médico que rindieron los peritos de la mencionada Coordinación, se concluye sustancialmente la existencia de lesiones en la agraviada. Además se observó la atención médica deficiente y tardía que puso en peligro la vida de la agraviada y que ocasionó la muerte del recién nacido.¹⁵⁶

¹⁵¹ Véase anexo. Evidencia número VI.G.1. Acta Circunstanciada de fecha 25 de febrero de 2011, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

Evidencia número G.2. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 05 de abril de 2011, dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹⁵² Véase anexo. Evidencia número VI.G.6. Oficio número 164 de fecha 16 de mayo de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por Martín Viveros Alcaráz, Director del Hospital Materno Infantil Inguarán.

¹⁵³ Véase anexo. Evidencia número VI.G.8. Copia del Oficio 225, de fecha 20 de junio de 2011, suscrito por el Dr. Martín Viveros Alcaráz, Director; Dra. Carmen Canchola Sotelo Jefa de la Unidad Médica; Dr. Octavio Pérez Hernández, Jefe de Unidad Tocoquirúrgica y Admisión; Dr. Miguel Peña Espiritu, Jefe de Anestesiología y Dr. Ernesto Palma Soto Jefe de Neonatología, todos del Hospital Materno Infantil Inguarán. Remitido a esta Comisión mediante oficio número 278 de fecha 22 de julio de 2011, suscrito por el Director del Hospital Materno Infantil Inguarán en el que se da a conocer la "Opinión técnico médica" sobre el caso de la agraviada.

¹⁵⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.G.3. Copia del Formato de Inicio de Averiguación Previa y ratificación del mismo, formulados el 25 de enero de 2011.

¹⁵⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.G.5. Copia del oficio foliado con el número 008360, de fecha 18 de mayo de 2011, suscrito por la Lic. Elizabeth Herrera Báez, Agente del Ministerio Público Titular de la Unidad de Investigación "C-4" sin detenido. Remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/DEA/503/1755/2011-05 de fecha 25 de mayo de 2011 suscrito por la Directora de Enlace "Q" de la PGJDF.

¹⁵⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.G.9. Oficio sin número, de fecha 11 de agosto de 2011, suscrito por la Agente del Ministerio Público Titular de la Unidad de Investigación "C-4" sin detenido, Lic. Elizabeth Herrera Báez, dirigido a

En ese sentido, el 5 de septiembre de 2011 personal médico de esta Comisión emitió la "Opinión médica sobre el caso de la peticionaria", en la cual se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El daño que se produjo en este asunto fue la muerte del hijo de la señora ***. La causa de muerte del hijo de la [peticionaria] inferida clínicamente, fue una entidad denominada *encefalopatía hipóxica isquémica*, misma que probablemente se derivó de una *hipoxia fetal*, que a su vez pudo haber sido generada por la *ruptura uterina*, la cual pudo haber sido propiciada por la conducción del trabajo de parto con oxitocina mal indicada, por carecer de personal y equipo adecuado.
2. En este caso los médicos tratantes del El H[ospital] M[aterno] I[nfantil] I[n]guarán, plasmaron la indicación de la conducción del trabajo de parto de la [peticionaria] como parte del plan terapéutico. El H[ospital] M[aterno] I[nfantil] I[n]guarán, afirmó que por falta de personal no fue posible dar la atención estrecha y de calidad médica y de enfermería en la paciente con factor de riesgo. Por lo que ante esa situación no se debió de haber realizado dicha prueba.
3. Por lo anterior con base a los documentos revisados del caso y la literatura médica revisada al respecto, desde la perspectiva médica en este asunto si pudo existir vínculo (o nexos) entre la ruptura uterina y el cuadro de encefalopatía hipóxica-isquémica, con la aplicación de oxitocina sin vigilancia estrecha y sin monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, la cual a su vez fue generada por falta de personal médico y de equipo especializado. [...]

En el caso que se presenta, se acreditó por lo tanto que no se brindó a la peticionaria la atención médica adecuada por falta de personal médico y de enfermería, así como de equipo médico adecuado en el mencionado Hospital, lo que trajo como consecuencia la muerte del recién nacido. Por lo que se violó el derecho a la vida del niño, así como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, los derechos reproductivos y el derecho a la integridad personal de la mujer.

V.2.8. Sobre el caso "H", expediente: CDHDF/III/122/AZCAP/10/D3843

Esta Comisión inició de oficio una investigación ya que de una nota periodística se desprendió que el producto de la gestación de la agraviada fue expulsado sin vida. A la agraviada, en el Hospital Materno Infantil Nicolás Cedillo Soriano, no se le brindó la atención médica oportuna. Como resultado de la investigación realizada por esta Comisión se comprobó que la causa de la muerte del producto de la gestación de la agraviada fue *Hipoxia in útero*^{157, 158}

Se documentó que para la atención de la peticionaria no se realizó rastreo ultrasonográfico debido a que no se contaba con ultrasonografista en el Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo Soriano en el turno nocturno, además que, el aparato estaba descompuesto por lo que no se podía llevar a cabo el estudio en comento. Asimismo, el médico general que brindó atención a la peticionaria en el servicio de admisión se guió en su valoración por un ultrasonido que ésta portaba y había sido realizado días anteriores al alumbramiento.¹⁵⁹

esta Comisión mediante oficio número DGDH/DEA/503/3070/2011-08 de fecha 17 de agosto de 2011 firmado por la Directora de Enlace "Q" de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJDF.

¹⁵⁷ Oxigenación deficiente de la sangre, que se presenta en el feto.

¹⁵⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.H.2. Certificado de muerte fetal, remitido a esta Comisión mediante oficio número D/254/10 de fecha 28 de octubre de 2010, suscrito por la Dra. Patricia Flores Galicia.

¹⁵⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.H.3. Oficio número D/126/201 de fecha 1° de agosto de 2011, suscrito por la Dra. Mireya del C. Castañeda Olmos, Encargada de la Subdirección Médica del Hospital Materno Infantil "Dr. San Nicolás M. Cedillo S." de la SSDF.



Igualmente, se documentó que el Comité de mortalidad materna y perinatal del Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S." en su sesión de fecha 28 de abril de 2010, indicó que la muerte del producto del embarazo de la agraviada pudo evitarse de haberse realizado la cesárea a tiempo.¹⁶⁰

En ese tenor, el 12 de octubre de 2011 se emitió una opinión médica realizada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, en la cual, con base en el expediente de la peticionaria y en la literatura médica se afirmó que el daño físico, que en este caso fue la muerte de la hija de la agraviada, "pudo haber sido por un cuadro llamado sufrimiento fetal agudo, probablemente secundaria a la entidad clínica denominada doble circular de cordón apretada a cuello,"¹⁶¹ de la cual los médicos tratantes del Hospital contaron con el antecedente, por lo que se debió de contar con tecnologías como ultrasonografía y cardiotocógrafo para mantener la vigilancia del binomio madre-hija.

Por lo anterior, personal médico de esta CDHDF refirió que se "puede establecer que muy probablemente existió vínculo o nexo entre la falta de diagnóstico oportuno del cuadro clínico conocido como sufrimiento fetal agudo por doble circular de cordón y la muerte de niña." Además, plasmó las siguientes conclusiones:

1. El daño físico que se produjo en este asunto fue la muerte de niña hija de la peticionaria.
2. En este caso los médicos tratantes del Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S.", contaron con el antecedente de un resultado ultrasonográfico el cual reportaba **imágenes sugestivas de circular simple de cordón umbilical**. Por lo cual se debió haber realizado la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos, pudiendo esta ser verificada con el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía o la ultrasonografía que son los métodos mejor utilizados para poder diagnosticar un problema de sufrimiento fetal tal y como lo marca la NOM 007.
3. Con base en los documentos analizados del caso, en la literatura médica revisada al respecto y en lo señalado por el propio *Comité de estudios de mortalidad perinatal* del Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S.", desde la perspectiva médica se puede establecer que en este asunto muy probablemente existió vínculo o nexo entre la falta de diagnóstico oportuno del cuadro clínico conocido como Sufrimiento fetal agudo por doble circular de cordón y la muerte de niña hija de la [agraviada].
4. En este asunto aunque no se puede asegurar, porque no se realizó protocolo de necropsia, que la causa de muerte haya sido efectivamente el sufrimiento fetal agudo secundario a circular de cordón umbilical al cuello del producto, sí se puede afirmar que ello tiene altas probabilidades de que así ocurrió.¹⁶²

El 7 de abril de 2012, personal del área de Atención Psicosocial de esta Comisión, elaboró un dictamen de valoración psicosocial de la agraviada. Entre otras cosas, se llegó a la conclusión de que debido a la inadecuada práctica médica de que fue objeto y por la cual perdió al producto de la gestación, su integridad personal fue afectada en varias esferas de su vida, personal, laboral, de

¹⁶⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.H.4. Hoja de mortalidad materna y perinatal realizada por el Comité de mortalidad materna y perinatal del Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S." de la SSDF el 28 de abril de 2010. Remitida a esta Comisión mediante oficio número D/126/201 de fecha 1° de agosto de 2011, suscrito por la Encargada de la Subdirección Médica de dicho Hospital.

¹⁶¹ Véase anexo. Evidencia número VI.H.5. Opinión médica sobre el caso de [la agraviada], de fecha 12 de octubre de 2011, realizado por médicos de esta CDHDF.

¹⁶² *Idem*.

pareja y familiar. La situación también generó que fuera discriminada además de por su género y situación, porque el personal del Hospital la responsabilizó de la pérdida del producto.¹⁶³

En el caso que se presenta, se acredita la mala atención médica brindada a la agraviada al momento del término de su embarazo, así como la falta de diagnóstico oportuno del cuadro de sufrimiento fetal agudo en el producto de la gestación, debido a la falta de equipo médico adecuado en el Hospital, lo que trajo como consecuencia que el producto de la gestación fuera expulsado sin vida. Además, como se mencionó *supra*, los hechos tuvieron como consecuencia la afectación psicosocial en varias esferas de la vida de la agraviada. Por lo que esta Comisión concluye que se violaron los derechos reproductivos de la agraviada, así como su derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud y el derecho a la integridad personal.

V.2.9. Sobre el caso "I", expediente: CDHDF/II/122/MA/10/D6802

La queja que nos ocupa se deriva del retraso y la deficiencia en la atención médica brindada a la agraviada, quien se encontraba embarazada y en trabajo de parto en el Hospital General Milpa Alta de la SSDF el 7 de octubre de 2010. Lo anterior ya que en el mencionado Hospital el día en que ocurrieron los hechos, no se contaba con los médicos suficientes para garantizar una atención de calidad a las usuarias. Con motivo de la inadecuada e inoportuna práctica médica, el producto de la gestación fue expulsado sin vida.¹⁶⁴

A raíz de una solicitud de medidas precautorias y de las solicitudes de información emitidas por este Organismo por los hechos que la peticionaria describió, el Director del Hospital General Milpa Alta informó, entre otras, que la peticionaria fue atendida de manera adecuada y profesional y que había sido dada de alta por mejoría;¹⁶⁵ además, informó que había dado la instrucción para la contratación de personal médico Gineco-Obstetra para fortalecer el servicio ya que sólo contaban, en ese momento, "con un gineco-obstetra en turnos vespertino, nocturno y Sábados y Domingos, quienes [eran] insuficientes para cubrir los servicios de Urgencias, Unidad Tocoquirúrgica y Hospitalización".¹⁶⁶

Igualmente, se remitió copia certificada del expediente médico de la agraviada, de donde se desprende la nota de óbito¹⁶⁷ que indica lo siguiente: "obito sec a. sufrimiento fetal agudo por ruptura

¹⁶³ Es importante que esto se entienda desde la perspectiva de género en su rol como mujer; situación que por un tiempo le generó un sentimiento de culpa; sumado al impacto tan fuerte que fue la pérdida de su hija; provocando un sentimiento de desconfianza. Fuente: Dictamen psicosocial realizado por peritos de esta Comisión con motivo del caso, de fecha 7 de abril de 2012.

¹⁶⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.I.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de la peticionaria, del 7 de octubre de 2010, de la cual dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

¹⁶⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.I.3. Oficio HGMA/D/841/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, dirigido a esta Comisión con motivo de una solicitud de medidas precautorias.

¹⁶⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.I.4. Copia del oficio HGMA/D842/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta, dirigido al Dr. Gustavo Carvajal Aguilar, Director General de Servicios Médicos y Urgencias del mismo Hospital; remitido a esta Comisión mediante el oficio HGMA/D/841/10 de fecha 11 de octubre de 2010, suscrito por el Dr. Benjamín Ortega Romero, Director del Hospital General Milpa Alta.

¹⁶⁷ "Posparto de óbito feto" morfinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de



uterina." Asimismo, en dicho expediente constan dos notas realizadas por personal del servicio de psicología del Hospital General Milpa Alta.

De igual manera se solicitó información al Director del Centro de Salud "Gastón Melo" de la SSDF, lugar en el que la agraviada llevó el control de su embarazo. En respuesta a lo anterior, se envió a esta Comisión copia simple del expediente clínico de la peticionaria, de donde se desprende que ésta había presentado un embarazo normo evolutivo, es decir que "su tensión arterial, fondo del útero, peso y frecuencia cardíaca fetal, se encontraban dentro de los parámetros normales."¹⁶⁸

El 26 de mayo de 2011 personal médico de esta Comisión emitió una opinión sobre el caso, en la cual concluyó lo siguiente:

De acuerdo a lo que se encuentra documentado, la atención médica brindada a la [agraviada] en el Hospital General de Milpa Alta no fue adecuada ni oportuna; pues como se menciona en la discusión, no se ingresa desde el momento que tenía criterios para éste, no se realiza un adecuado seguimiento ni valoración del progreso del trabajo de parto, lo cual desencadenó que al presentar la complicación más frecuente de este tipo de pacientes, no se le brindó la atención para su corrección en tiempo y llevo al fallecimiento del producto.

No está documentado exactamente a qué se debió esta falta de seguimiento del trabajo de parto, sólo que estaban en un procedimiento; lo cual nos indica que no había personal médico en el área de labor, para realizar las valoraciones a las pacientes que se encontraban hospitalizadas.

La atención no cumplió con los parámetros establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; [...] tampoco cumple con lo establecido en la Norma Oficial del Expediente clínico [...](sic)

Que como también se menciona en la discusión, la deficiente elaboración del expediente clínico afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal pronóstico y tratamiento.¹⁶⁹

De lo anterior, se concluye que la atención médica brindada a la peticionaria fue inadecuada y ésta no se dio de manera oportuna ya que no hubo un adecuado seguimiento del trabajo de parto por la falta de personal médico suficiente en el Hospital. Lo anterior, trajo como consecuencia que el producto de la gestación fuera expulsado sin vida del cuerpo de la mujer.

V.2.10. Sobre el caso "J", expediente: CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2029

Los hechos derivan del retraso en la atención médica de la esposa del peticionario quien se encontraba en labor de parto en el Hospital Gregorio Salas, dicha negativa bajo el argumento de que se tenían muchas cirugías. Con motivo de la deficiente atención médica, el producto de la gestación de la agraviada María Enedina Ayala Toledo fuera obtenido sin vida.¹⁷⁰

músculos voluntarios. [Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del niño. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.]

¹⁶⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.I.6. Oficio DAJ/SAA/3584/2010 de fecha 22 de noviembre de 2010, dirigido a esta Comisión con motivo de una solicitud de información, suscrito por el Lic. Darío Manuel Castorena Rojí, Director de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

¹⁶⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.I.7. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, elaborada por personal de esta Comisión de fecha 26 de mayo de 2011.

¹⁷⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.J.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 30 de marzo de 2011, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

La SSDF remitió a esta Comisión diversos informes médicos sobre lo ocurrido, suscritos por los médicos y personal de enfermería que atendió a la agraviada María Enedina Ayala Toledo,¹⁷¹ destaca la siguiente información que es a todas luces contradictoria:

- El doctor Rubén Centeno Naranjo, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" indica haber valorado a la agraviada a las 18:15 horas.¹⁷²
- El médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Jesús Raymundo González Delmotte informó que no se le solicitó en ningún momento interconsulta, es hasta las 2:40 horas del día 25 de marzo de 2011 cuando valora a la usuaria en el área de labor.¹⁷³
- En ese sentido, la doctora Guadalupe Janine Del Río Poceros, médico ginecólogo obstetra del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" asegura que en ningún momento se le solicitó valorar a la peticionaria en el área de urgencias.¹⁷⁴
- En contradicción con los dos puntos anteriores, la doctora Sonia González Sánchez, médica adscrita al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" informó que la agraviada María Enedina Ayala Toledo, acudió el 24 de marzo a las 22:30 horas al Hospital y posterior a la revisión que le practicó, solicitó interconsulta al médico ginecólogo de guardia que en ese momento era el doctor Jesús Raymundo González Delmotte, quien, según su dicho, indicó "de forma verbal y sin poner nota médica en el expediente clínico y en presencia de la paciente que no se enc[ontraban] criterios de ingreso hospitalario y que se dej[ara] evolucionar el trabajo de parto citándola cada 2 horas."

 171 Véase anexo. Evidencia número VI.J.6. Copia de un oficio sin número de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Evidencia número J.8. Informe médico de fecha 12 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Evidencia número J.9. Oficio sin número de fecha 14 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Rubén Centeno Naranjo, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Evidencia número J.10. Oficio sin número de fecha 13 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Doctora Sonia González Sánchez, médica adscrita al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Evidencia número J.11. Oficio DIR./0160/11 de fecha 15 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".

172 Véase anexo. Evidencia número VI.J.9. Oficio sin número de fecha 14 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Rubén Centeno Naranjo, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".

173 Véase anexo. Evidencia número VI.J.6. Copia de un oficio sin número de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Véase anexo. Evidencia número VI.J.8. Informe médico de fecha 12 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Jesús Raymundo González Delmotte, médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".

174 Véase anexo. Evidencia número VI.J.7. Copia de un oficio sin número de fecha 17 de mayo de 2011, suscrito por la Dra. Guadalupe Janine Del Río Poceros, médico ginecólogo obstetra del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".



Agregó, que la peticionaria regresó a las dos horas y que vía telefónica el mismo ginecólogo indicó que "ya había valor[ado] a la paciente que se dej[ara] evolucionar trabajo de parto citándola nuevamente a las 2 horas."

A las 2 horas que la peticionaria regresó a revisión, indica que refiere "disminución de motilidad fetal [y] a la exploración no se ausculta con el pinart la frecuencia cardiaca fetal por lo que se solicita nuevamente valoración por ginecología quien indica ingrese a la paciente para la toma de ultrasonido sin hojas de internamiento."

Por su parte, el Director del Hospital "Dr. Gregorio Salas Flores", rindió un "informe cronológico, detallado" de las actividades que personal médico del Hospital realizó para atender el parto de la señora María Enedina Ayala Toledo, y narra lo siguiente:

[...] fue registrada en el servicio de urgencias el día veinticuatro de marzo del dos mil once a las 18:15 donde se presenta a solicitar atención médica, por presentar embarazo a término con trabajo de parto, la cual se pasa para revisión médica a las dieciocho horas con quince minutos por el Dr. Rubén Centeno Naranjo, [...] y da el diagnóstico de embarazo a término en pródomos de trabajo de parto, por lo que le informa sobre los signos de alarma obstétricos y le indica que regresara ante la presencia de cualquiera de los signos de alarma o se incrementaran las contracciones uterinas de trabajo de parto, quedando abierta la consulta en el servicio de urgencias.

La paciente es valorada nuevamente en el servicio de urgencias a las veintidós horas con treinta minutos por la Dra. Sonia González Sánchez, quien le refiere a la paciente que presenta hipomotilidad fetal, [...] la Dra. Sonia González solicita interconsulta a ginecología, es valorada por el Dr. González del Motte quien da la indicación de regrese en dos horas. A los veinte minutos del día veinticinco de marzo del año en curso [2011] regresa nuevamente la paciente para ser valorada [...] es revalorada por médico ginecólogo Dr. González del Motte, quien la cita nuevamente en dos horas para revisión.

A las dos horas con veinte minutos de día veinticinco de marzo, regresa nuevamente la paciente refiriendo disminución de la motilidad fetal. A la exploración física la Dra. Sonia González no ausculta FCF, por lo que solicita al Dr. González del Motte la valore, quien le indica subirla a piso para realizarle un ultrasonido obstétrico. A las dos horas con cuarenta minutos el Dr. González del Motte realiza rastreo por ultrasonido para auscultar FCF, la cual es esporádica y apenas audible. Por tal motivo da la indicación de pasarla directa a quirófano para interrupción del parto, a través de cesárea, ya que no se p[odía] dejar más tiempo.¹⁷⁶

Sobre la obtención sin vida del producto de la gestación de la agraviada y la responsabilidad médica que conlleva, consta en el expediente el acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", de fecha 30 de marzo de 2011, en la cual se presenta el "caso de muerte perinatal del caso de la señora Ayala Toledo María Enedina". Se concluye en dicha sesión que:

La paciente se tuvo que haber ingresado desde las 22:30 horas, ya que refiere desde ese momento disminución de la motilidad fetal, para estar en observación estricta y realizarle en ese momento un ultrasonido obstétrico [...], con el propósito de detectar a tiempo el estado del producto. En el caso de que no pudiera realizar el ultrasonido o no se hubiera conseguido el apoyo de otra unidad hospitalaria, se ingresa a la labor con la finalidad de monitorizar con el tococardiógrafo y

¹⁷⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.J.11. Oficio DIR./0160/11 de fecha 15 de abril de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".

verificar o detectar oportunamente si existen variaciones en la frecuencia cardiaca fetal [...] lo que permitiría interrumpir el embarazo en forma oportuna.¹⁷⁶

Por otro lado, respecto del expediente clínico, en el acta de sesión del mencionado Comité se asentó que la elaboración de éste no se elaboró conforme a lo que indica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, además de no estar conforme a lo que establece el Protocolo de atención que se sigue en la unidad hospitalaria.¹⁷⁷

Además se tiene constancia de que, según lo plasmado por el Comité en el Acta, hubo una nota médica que no fue agregada al expediente en el momento oportuno o bien, fue elaborada de manera posterior a que ocurrieran los hechos, lo cual constituye, a dicho del propio Comité "una desviación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 0168."¹⁷⁸

En relación con la atención médica brindada a la peticionaria, el 13 de junio de 2011 personal médico de esta CDHDF emitió una Opinión sobre el caso, en la cual se concluyó lo siguiente:

- El daño físico que sufrió la señora María y su hijo durante la atención médica recibida en el Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" fue la muerte del (producto de la concepción).
- [...]
- [...] si se puede aseverar es que hubo mala práctica médica consistente en que los médicos tratantes del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", tanto en el servicio de urgencias así como los médicos interconsultantes omitieron la hospitalización de la paciente para la realización de estudios complementarios que facilitarían el diagnóstico y la conducta terapéutica a seguir por parte del equipo médico. Ya que la paciente María, presentó datos de alarma obstétrica (hipomotilidad fetal y ausencia de latido fetal) que orientaban a pensar en un posible daño al niño de la señora María (esto es apoyado por el Comité de Mortalidad Materna y Perinatal).

Sobre cuestiones de equipamiento del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", se tiene evidencia de que no se cuenta con equipo de ultrasonido en el área de Urgencias por no contar con espacio físico, ni con el personal capacitado para el manejo del mismo, y se debe solicitar el apoyo a otra Unidad Hospitalaria.¹⁷⁹

De lo anterior, se acredita que la obtención sin vida del producto de la gestación de la agraviada fue consecuencia de la falta de atención médica oportuna, de la falta de equipo médico necesario y de una mala práctica médica por parte de los especialistas del Hospital. Por lo que se violaron en perjuicio de la agraviada sus derechos reproductivos, así como el derecho a la integridad personal y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

V.2.11. Sobre el caso "K", expediente: CDHDF/III/122/VCI/1/D2134

La queja deriva de la mala atención médica proporcionada a la peticionaria Paola Vargas Galván durante su trabajo de parto al término de su embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguarán,

¹⁷⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.J.5. Acta de sesión extraordinaria del Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" de la SSDF, de fecha 30 de marzo de 2011, en la cual se presenta el "caso de muerte perinatal del caso de la señora Ayala Toledo María Eredina".

¹⁷⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.J.12. Oficio DRI/0247/11 de fecha 16 de mayo del 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Argemiro José Genes Naar, Director del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores".

¹⁷⁸ *Idem.*

¹⁷⁹ *Idem.*



debido a que por el lapso de más de una hora no se le revisaron los signos vitales al producto de la gestación, lo que impidió que se diagnosticara un sufrimiento fetal agudo y como consecuencia de ello el producto de la gestación fue expulsado del cuerpo de la mujer sin vida. Es importante mencionar, que los hechos se denunciaron ante el ministerio público y se radicó una averiguación previa.

Personal del Hospital Materno Infantil Inguarán informó que el médico que atendió el parto de la agraviada es el doctor Jesús Chávez Brambila, adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.¹⁸⁰ Respecto de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal al ingreso de la peticionaria al nosocomio alrededor de las 15:48 horas, de la evidencia con que cuenta la Comisión, se desprende que posteriormente se revisó a las 19:05, 19:45, 20:25 y hasta las 22:00 horas, cuando en la que ya no escuchaba la frecuencia cardíaca del producto y tras corroborarlo con ultrasonido, se confirmó óbito.

Por otro lado, personal médico de esta Comisión, refirió en una opinión médica con motivo del caso que "la bibliografía médica menciona que la cuantificación de la frecuencia cardíaca fetal es de vital importancia durante el trabajo de parto para valorar el bienestar fetal y que, durante [la fase activa] del trabajo de parto, se debe verificar que se encuentre dentro de valores normales, cada 15 minutos, después de la contracción uterina. La NOM-007-SSA2-1993, refiere que se debe verificar el latido cardíaco fetal al menos cada 30 minutos."¹⁸¹

En el caso que nos ocupa, como se mencionó, desde el ingreso de Paola Vargas a las 15:48 horas no se inició la observación del trabajo de parto hasta las 19:00 horas. Además, no se hicieron constar los valores durante una hora previa a las 22:00 horas cuando se volvió a examinar y ya no se auscultó la frecuencia cardíaca fetal. Por lo anterior, los médicos de esta Comisión llegaron a las siguientes conclusiones:

1. A la señora Paola Vargas Galván no se le proporcionó la atención médica adecuada en el Hospital Materno Infantil Inguarán durante el trabajo de parto que presentaba, ya que durante al menos una hora no se registró la frecuencia cardíaca fetal tal como lo sugiere la literatura y la normatividad médica.
2. Personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incurrió en mala práctica médica al no registrar la frecuencia cardíaca fetal y, en consecuencia, no establecer el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo que lo condujo a la muerte del producto in útero de Paola Vargas Galván.¹⁸²

De lo anterior, se concluye que la peticionaria recibió una mala atención médica ya que no se vigiló estrechamente su trabajo de parto, tal y como lo marca la NOM y la literatura médica, lo que trajo como consecuencia que el producto de la gestación se obtuviera sin signos vitales. Por lo tanto esta Comisión considera violados los derechos reproductivos, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el derecho a la integridad personal de la agraviada.

¹⁸⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.K.4. Oficio 132 de fecha 21 de abril de 2011, suscrito por la Dra. Carmen Canchola Sotelo, J.U.D. Médico del Hospital Materno Infantil Inguarán.

¹⁸¹ Véase anexo. Evidencia número VI.K.5. Opinión médica sobre el caso de Paola Vargas Galván, de fecha 16 de enero de 2012, elaborada por personal médico de esta Comisión.

¹⁸² *Idem*.

V.2.12. Sobre el caso "L", expediente: CDHDF/11/122/IZTP/12/D0190

Con motivo de una nota periodística, esta Comisión inició de oficio una investigación por la negativa de atención médica a la agraviada Ana Rocío Reyes Aranda. Lo anterior, debido a que el 9 de enero de 2011 al encontrarse la agraviada con sintomatología obstétrica no recibió la adecuada atención médica en el Hospital General Balbuena; asimismo, en el Hospital General Iztapalapa y en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez le fue negada la atención médica. Lo anterior, provocó que expulsara al producto de la gestación sin signos vitales, en la vía pública afuera del Hospital General Iztapalapa, lugar en el que fue atendida minutos después por una ambulancia del ERUM.¹⁸³

La SSDF informó a esta Comisión sobre la atención médica brindada en el Hospital General Balbuena, lugar en donde afirman que la agraviada llevaba un ultrasonido, realizado en un consultorio particular, en el que se daba como diagnóstico "óbito fetal",¹⁸⁴ pero afirman no contar con evidencia sobre tal ultrasonido.¹⁸⁵ La agraviada por su parte, afirmó que ella no llevaba ese ultrasonido y que en el Hospital le mencionaron que tenía 3 centímetros de dilatación.¹⁸⁶ Personal médico del Hospital General Balbuena manifestó que la agraviada requería tratamiento intrahospitalario el cual no fue proporcionado debido a la carga de trabajo¹⁸⁷ ya que no se contaba con "ropa para su atención".¹⁸⁸ Aunque en el expediente de la agraviada quedó asentado que se "daba cita abierta a urgencias", ésta manifestó que una de las doctoras que la atendió le dijo que no regresara a ese hospital.¹⁸⁹

Por lo anterior, sus familiares y la agraviada acudieron al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, lugar en que les fue negada la atención médica bajo el pretexto de que "no atendían pacientes con emergencia obstétrica".¹⁹⁰ En dicho Hospital, evidentemente, no se cuenta con constancia alguna sobre la negativa de la atención.¹⁹¹

¹⁸³ Véase anexo. Evidencia número VI.L.1. Acuerdo de fecha 11 de enero de 2012 por el que se inicia de oficio una investigación, derivado de una nota periodística del periódico "La Razón".

¹⁸⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.L.3. Transcripción de nota inicial de urgencias de fecha 10 de enero de 2012, con número de folio 1209, cuyas responsables de su elaboración fue la Dra. Canto y la Dra. Vitoria, sin aparecer más datos de identificación de esas doctoras.

¹⁸⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.L.12. Informe de las médicas del Hospital General Balbuena sobre la atención de la agraviada, de fecha 16 de febrero de 2012; remitido a esta Comisión mediante el oficio DGHB/165/011 del 17 de febrero de 2012, suscrito por el Director del Hospital.

Evidencia número L.2. Nota periodística bajo el rubro "Salud ofrece fincar responsabilidades", publicada por el periódico "La Razón" de fecha 11 de enero de 2012.

¹⁸⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.L.9. Acta Circunstanciada de diligencia al domicilio de la peticionaria de fecha 19 de enero de 2012, dieron fe Visitadoras Adjuntas de esta Comisión.

¹⁸⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.L.12. Informe de las médicas del Hospital General Balbuena sobre la atención de la agraviada, de fecha 16 de febrero de 2012; remitido a esta Comisión mediante el oficio DGHB/165/011 del 17 de febrero de 2012, suscrito por el Director del Hospital.

¹⁸⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.L.3. Transcripción de nota inicial de urgencias de fecha 10 de enero de 2012, con número de folio 1209, cuyas responsables de su elaboración fue la Dra. Canto y la Dra. Vitoria, sin aparecer más datos de identificación de esas doctoras.

¹⁸⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.L.9. Acta Circunstanciada de diligencia al domicilio de la peticionaria de fecha 19 de enero de 2012, dieron fe Visitadoras Adjuntas de esta Comisión.

¹⁹⁰ *Idem.*

¹⁹¹ Véase anexo. Evidencia número VI.L.14. Oficio DGSMU/0760/12 de fecha 24 de febrero de 2012, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Román Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF.



Posteriormente, la agraviada y sus familiares acudieron al Hospital General Iztapalapa lugar en que les negaron la atención médica, incluso pidieron apoyo de la policía auxiliar, quienes en su reporte manifiestan que personal del Hospital les refirió que "no la p[odían] atender" porque "no funciona[ba] el quirófano".¹⁹² Por lo que se decidió pedir el apoyo de una ambulancia del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, quienes acudieron al lugar de los hechos y diagnosticaron un "parto fortuito con producto [...] único muerto"¹⁹³

Además de lo anterior, llama la atención que desde un inicio, en la atención en el centro de salud de la agraviada, se dieron datos de un embarazo de alto riesgo;¹⁹⁴ no obstante, nunca fue referida con un especialista.

En la opinión médica elaborada por personal médico de esta Comisión se concluyó lo siguiente:

En el caso de la paciente, el manejo de control prenatal que se le dio en el Centro de Salud Quetzal, no fue el adecuado conforme a su cuadro clínico, ya que la altura del fondo uterino, no correspondía con las semanas de gestación que presentaba el embarazo, teniendo como opción el derivar a la paciente con un especialista Ginecoobstetra, para valorar tal discrepancia.

El manejo médico que recibió la paciente en el Hospital General de Balbuena no fue el adecuado de acuerdo al cuadro clínico que presentó, ya que como lo comentan los mismos médicos del Hospital General de Balbuena, la paciente requería tratamiento intrahospitalario, siendo la conducta terapéutica más apropiada, la interrupción del embarazo, ya que presentaba el diagnóstico de óbito fetal. En caso de no haber cupo o ropa en dicha institución, se debió de haber asegurado que la paciente acudiera a un centro hospitalario que pudiera atender su padecimiento obstétrico.

En el caso del Hospital General de Iztapalapa, no hubo justificación en no atender a la paciente Ana, la cual presentaba una urgencia obstétrica.

En consecuencia, esta Comisión acreditó que la atención médica que se le brindó a la agraviada en el Hospital General Balbuena no fue la adecuada ya que no se le dio tratamiento intrahospitalario que requería. Además de que no se justifica que se pusiera en riesgo la salud de la madre y del producto de la gestación al negarle a la agraviada la atención médica de la agraviada tanto en el Hospital General Iztapalapa como en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez. Asimismo, la mala atención médica que recibió en la clínica de salud que atendió el desarrollo de su embarazo, trajo como consecuencia que el producto de la gestación fuera expulsado sin vida del cuerpo de la mujer. En consecuencia fueron violados en su perjuicio los derechos reproductivos, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el derecho a la integridad personal.

V.2.13. Sobre los casos "M" expediente: CDHDF/II/122/TLAH/11/D1675, y "O", expediente: CDHDF/II/122/COY/11/D5821

Esta Comisión acreditó que en los casos "M", "N" y "O" la Secretaría de Salud no garantizó en los hospitales Materno Infantil de Tlahuac, Pediátrico de Coyoacán, y General de Iztapalapa contar con

¹⁹² Véase anexo. Evidencia número VI.XXXX. Reporte de atención de llamada al 066; remitido a esta Comisión mediante oficio DGDH/1523/2012 de fecha 7 de febrero de 2012, suscrito por el Subdirector para la Defensa de los Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad Pública del D.F.

¹⁹³ Véase anexo. Evidencia número VI.L.7. Reporte de servicio de urgencia médica de fecha 10 de enero del 2012.

¹⁹⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.L.4. Nota informativa elaborada por la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la SSDF, sin fecha, sin firma, dirigida a esta Comisión, en la que resumen la atención médica brindada por los Servicios de Salud del Distrito Federal a la agraviada.

el equipo médico y/o especialistas necesarios para la atención de las usuarias de los servicios de salud reproductiva en el Distrito Federal.

En el caso "M", si bien la agraviada no fue afectada en su salud si se le puso en riesgo al no contar con el equipo necesario para su atención, esta Comisión como se menciona *infra*, acreditó dicha falta de equipo y personal médico que a la fecha no se ha subsanado.¹⁹⁵

La queja presentada se deriva de que a la agraviada, el 11 de marzo de 2011, al encontrarse en trabajo de parto y con fuertes dolores obstétricos, no se le atendió de manera adecuada debido a la falta de calidez de los prestadores de servicios médicos del Hospital Materno Infantil de Tlahuac,¹⁹⁶ así como a la carencia de recursos y de médicos suficientes para satisfacer las necesidades del servicio. Con motivo de una solicitud de medidas precautorias emitidas por esta Comisión, la peticionaria comenzó a ser atendida de manera adecuada¹⁹⁷ y tanto ella como el niño se encuentran vivos, sin embargo la peticionaria menciona que el niño actualmente tiene problemas de salud.¹⁹⁸

Por lo anterior, esta Comisión consideró que se violó el derecho a la salud de la agraviada y del niño recién nacido, al poner en riesgo ese derecho.

V.2.14. Sobre el caso "N", expediente: CDHDF/III/122/IZTP/11/D3869

La investigación del caso "N", fue iniciada de oficio por esta Comisión con motivo de una diligencia al Hospital General Iztapalapa el 23 de junio de 2011,¹⁹⁹ en la que se documentaron diversas irregularidades que podrían constituir violaciones a los derechos humanos de los usuarios, por lo que se solicitó la información respectiva.

La Secretaría de Salud informó mediante oficio que se había constituido un grupo de supervisión al Hospital General Iztapalapa, encontrándolo en adecuadas condiciones de limpieza e iluminación. Asimismo, se desprende del oficio que no se encontraron irregularidades en lo que se refiere al mantenimiento del inmueble y equipo médico, manifiestan que se cuenta con personal médico suficiente y que el abasto de medicamentos es del 84%.²⁰⁰

¹⁹⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.M.6. Copia del oficio COS/DEDS/2/OR/10-AF-3309-3967-HV/2010 de fecha 07 de julio de 2010, dirigido al Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tlahuac y responsable sanitario de éste, suscrito por el Director Ejecutivo de Dictamen Sanitario de la Comisión Federal de Operación Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [en adelante COFEPRIS]; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011.

¹⁹⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.M.1. Acta Circunstanciada de llamada telefónica del peticionario de fecha 12 de marzo de 2011, da fe de dicha llamada un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹⁹⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.M.2. Oficio D/318/11 de fecha 15 de marzo de 2011, dirigido a esta Comisión en atención a una solicitud de medidas precautorias, firmado por el Director del Hospital Materno Infantil de Tlahuac, Dr. Raúl Ernesto Guevara- Meléndez Machuca.

Véase anexo. Evidencia número VI.M.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica realizada al peticionario, de fecha 23 de marzo de 2011, da fe de dicha llamada telefónica un Visitador Adjunto de esta Comisión.

¹⁹⁹ *Idem*.

²⁰⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.N.1. Acta Circunstanciada de inspección ocular, de fecha 23 de junio de 2011, de la cual dió fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²⁰¹ Véase anexo. Evidencia número VI.N.2. Oficio DGSMU/1591/11 de fecha 30 de junio de 2011, suscrito por el Doctor Román Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF.



Para continuar con la investigación, el 11 de agosto de 2011 Visitadores Adjuntos de esta Comisión se constituyeron en el Hospital General de Iztapalapa, en donde el Director del Hospital y personal del mismo, les informó sobre las carencias, que son las siguientes:

El ala oriente del hospital se encuentra deshabilitada debido a que recientemente ocurrió un hundimiento. El doctor opinó que tales instalaciones "no podrán volver a funcionar lo cual representa una importante pérdida de espacio y camas siendo que existe sobredemanda."

En el área de Neonatología y de Cúneros Patológicos existe carencia de materiales, como las pulseras de identificación; no cuentan con incubadoras en esa área, pues diez están descompuestas; los monitores portátiles se encuentran descompuestos y a dos aparatos de fototerapia les faltan focos. En el momento de la diligencia se informó a los Visitadores Adjuntos que si bien el Hospital cuenta con neonatólogos para cada turno, faltan neonatólogos para los casos en que nacen bebés al mismo tiempo y para los periodos vacacionales de los otros.

En el área de cúneros se observó una fuga en un lavamanos.

En el área de Terapia Intensiva se detectó falta de iluminación por encontrarse algunas lámparas fundidas.

En el área de preparación de alimentos, el personal manifestó diversas carencias, mismas que impiden prestar un servicio adecuado.²⁰¹

En una respuesta a una solicitud de información realizada por esta Comisión con motivo de la diligencia que se menciona con anterioridad, respecto de las carencias del Hospital General Iztapalapa, personal de la SSDF informó que se tiene un "Proyecto de Sustitución del Hospital General Iztapalapa" que se efectúa en etapas desde el año 2009.²⁰² En diversos oficios, refirieron que se realizaron licitaciones públicas para cubrir las necesidades del Hospital en el tercer trimestre del 2011 y primero del 2012.²⁰³

En ese sentido, se informó a esta Comisión que al 25 de noviembre de 2011, el Hospital General Iztapalapa en el área de Neonatología y Cúneros Patológicos, cuenta con "10 cunas de calor radiante, 1 incubadora, 2 incubadoras de traslado, 16 incubadoras de cuidados intensivos, 1 incubadora para cuidados generales y 5 lámparas de foto terapia todas ellas operando de acuerdo a los estándares establecidos por las marcas."²⁰⁴

Sin embargo, el 9 de diciembre de 2011 se recibió un oficio por parte del Director General del Hospital, en el que refiere las necesidades que tiene el Hospital respecto del instrumental médico, insumos y personal médico, entre las cuales destaca: la necesidad de contar con monitores de signos vitales, fijos y portátiles; básculas; diversas necesidades en el área de cúnero patológico como incubadoras, monitores para signos vitales, estetoscopios y laringoscopios. Asimismo, en tococirugía se requieren cunas de reanimación, una incubadora de traslado y también monitores de signos vitales, entre otras cosas.²⁰⁵

²⁰¹ Véase anexo. Evidencia número VI.N.3. Acta Circunstanciada de visita al Hospital General de Iztapalapa, de fecha 11 de agosto de 2011, de la que dieron fe Visitadores Adjuntos de esta Comisión.

²⁰² Véase anexo. Evidencia número VI.N.4. Oficio SSDF/SSMI/0487/2011 de fecha 20 de septiembre de 2011, suscrito por el Dr. Ricardo Juan García Cavazos, Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la SSDF.

²⁰³ Véase anexo. Evidencia número VI.N.6. Oficio DGA/1431/2011 de fecha 30 de noviembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por la Licenciada Bertha Gómez Castro, Directora General de Administración de la SSDF.

²⁰⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.N.5. Oficio DMSG/2476/11 de fecha 25 de noviembre de 2011, suscrito por el Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa, Director de Mantenimiento y Servicios Generales de la SSDF.

²⁰⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.N.7. Oficio HGI/D/436/2011 de fecha 9 de diciembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Osvaldo González la Riviere, Director del Hospital General Iztapalapa.

V.2.15. Sobre el caso "P", expediente: CDHUS/11/22/TLAL/11/D2378

La queja se deriva de que al atender el término del embarazo de la agraviada en el Hospital Materno Infantil Topilejo se le presentó un cuadro hemorrágico severo, sin embargo, el Hospital no contaba con paquetes sanguíneos, ni con un protocolo para la atención de dichas eventualidades. Por esas deficiencias, la agraviada murió.

Consta en el expediente de queja que el peticionario, esposo de la agraviada, manifestó a personal de esta Comisión que no tenían conocimiento, ni él ni la agraviada, de que ésta cursaba un embarazo de alto riesgo,²⁰⁶ en contradicción con lo manifestado por personal de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco en un oficio de fecha 29 de abril de 2011,²⁰⁷ de donde se desprende que la agraviada acudió a dos citas de consulta prenatal,²⁰⁸ en donde le diagnosticaron en la primera de las consultas, peso fetal bajo por ultrasonido y posteriormente, en la segunda, anemia.²⁰⁹

Asimismo, en la minuta de la reunión del Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Materno Infantil Topilejo, refieren que la agraviada cursó con control prenatal normal en la unidad hospitalaria, que se decidió pasar a cesárea y posterior a ésta la agraviada presentó sangrado abundante:

[H]emorragia obstétrica de 500ml aproximadamente al terminar la cirugía pasa a recuperación con monitoreo de signos vitales [...] Durante su recuperación present[ó] un sangrado de 1000ml [...] no se [contaba] con carbetocina en la unidad y a las 20 hr al persistir el sangrado se decid[í]o solicitar hemoderivados y realizar histerectomía obstétrica de urgencia [...].²¹⁰

El Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Materno Infantil Topilejo, concluyó que la muerte de la agraviada "si [era] previsible y evitable para la unidad."²¹¹ Asentaron en la minuta que "[n]o se cuenta con ambulancia por lo que no es posible ir por sangre de manera inmediata, se va en un vehículo sin torreta y demora más. Se insistirá a nivel central para que a la brevedad posible se reparen las ambulancias, ya que son indispensables para la unidad hospitalaria."²¹²

Asimismo, se plasmó en la minuta que "[n]o hay [personal de] trabajo social en la noche [para] hacer el enlace a otras unidades para el traslado. Se sabe que en ningún materno hay trabajo social en este turno pero sí podría solicitarse un asistente de la dirección para este turno."²¹³ Además, "[n]o hay laboratorio en la noche, se sabe que es difícil conseguirlo, pero se menciona que es necesario."²¹⁴

²⁰⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.P.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario de fecha 14 de abril de 2011, de la que dio fe un Visitador Adjunto de esta Comisión.

²⁰⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.P.2. Oficio DAJ/SAA/1724/2011 de fecha 09 de mayo de 2011, suscrito por el licenciado Darío Manuel Castorena Roji, director de Asuntos Jurídicos del los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de la SSDF.

²⁰⁸ *Idem.*

²⁰⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.P.3. Informe de fecha 29 de abril de 2011, suscrito por la Dra. Federica Julián Peña de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, C.S. T-II Santa María Nativitas, de la SSDF.

²¹⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.P.4. Minuta de la reunión del Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Materno Infantil Topilejo, de fecha 29 de octubre de 2010.

²¹¹ *Idem.*

²¹² *Idem.*

²¹³ *Idem.*

²¹⁴ *Idem.*



En ese sentido, el Subcomité de Medicina Transfusional de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud de la SSDF al analizar el caso, asentaron en la minuta que: “[N]o se contó con ambulancia por lo que al solicitar la sangre tardó en llegar se fue en un vehículo oficial sin torreta y lamentablemente llegó tarde. La paciente falleció.”²¹⁵

Por su parte personal médico de esta Comisión emitió la “Opinión médica sobre el caso de [la agraviada]” en la cual se plasmó que “con la alta pérdida de sangre (más de 3000 mililitros aproximadamente) que presentó la agraviada, era inminentemente necesario el uso de derivados sanguíneos para reponer dicha pérdida, por lo que el Hospital Materno Infantil Topilejo debió de haber contado con reservas sanguíneas para administrárselas a la paciente [...] y así probablemente evitar el choque hipovolémico que fue la causa de la muerte.”²¹⁶

En la mencionada opinión médica, se concluyó lo siguiente:

1. En este asunto el daño físico que presentó la paciente, fue la muerte. La cual fue causada por la entidad denominada *choque hipovolémico*, que a su vez fue causado por una hemorragia obstétrica, la que según el reporte del Servicio de Patología fue ocasionada por atonía uterina y según los médicos tratantes fue ocasionada por acretismo placentario. El *choque hipovolémico* se pudo haber evitado si hubiera existido sangre disponible en el Hospital Materno Infantil Topilejo.
2. [...]
3. Por lo anterior, desde la perspectiva médica con base en los documentos revisados en este caso si existe vínculo o nexo entre la falta de administración de componentes sanguíneos a la paciente con la causa de muerte en dicha paciente, la cual fue choque hipovolémico. Existe discordancia entre el diagnóstico clínico (acretismo placentario) y el patológico (atonía uterina), por lo que no es claro un vínculo o nexo entre la muerte de la paciente Sonia y alguna acción u omisión médica.
4. En este caso se debió de haber contado con reservas sanguíneas por parte del Hospital Materno Infantil Topilejo, para administrárselas a la paciente y así evitar la agudización del *choque hipovolémico* que fue la causa de la muerte, ya que según lo reportado en la Reunión del Comité Técnico de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Materno Infantil Topilejo en este caso de muerte materna era previsible y evitable para dicho hospital.²¹⁷

De lo anterior se concluye la violación al derecho a la vida de la agraviada, por una hemorragia que se presentó con motivo de la cesárea que le realizaron, lo cual es una cuestión que se pudo haber prevenido. No se justifica en ese caso la falta de paquetes sanguíneos en el Hospital Materno Infantil Topilejo para la atención médica oportuna de la agraviada. Esta Comisión acreditó que en hospitales de la red de salud del Distrito Federal no se cuenta con un efectivo sistema que permita solventar eventuales carencias como la que se presentó en este caso.

V.2.16. Sobre el caso “Q”, expediente: CDHDF/III/122/GAM/10/D0392

La peticionaria²¹⁸ refirió que, posterior a su nacimiento, su bebé sufrió una caída bajo la responsabilidad de las enfermeras del Hospital General Ticomán, además de que no le

²¹⁵ *Idem.*

²¹⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.P.6. Opinión médica sobre el caso de la agraviada, de fecha 28 de octubre de 2011, elaborada por médicos de esta Comisión.

²¹⁷ *Idem.*

²¹⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria de fecha 21 de enero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

proporcionaban información clara y adecuada sobre su estado de salud. Refirió también que su hijo había sido trasladado al Hospital Pediátrico Moctezuma y que su estado de salud era grave.

En respuesta a una solicitud de medidas precautorias, el Director Hospital Pediátrico Moctezuma informó que la atención médica brindada al hijo de la peticionaria había sido adecuada y de calidad.²¹⁹ Asimismo, remitió un resumen clínico sobre el estado de salud del niño²²⁰ quien posteriormente falleció en dicho Hospital.²²¹ La muerte del niño se debió a que no le fue detectado ni atendido a tiempo un padecimiento de ano imperforado sin fístula en el Hospital General Ticomán, aunado a que el traslado al Hospital Pediátrico Moctezuma no se realizó de manera ágil y oportuna.

Con motivo de los hechos, la peticionaria y su esposo presentaron una denuncia en la Fiscalía para Servidores Públicos de la PGJDF;²²² sin embargo, mencionaron que servidores públicos de dicha dependencia "no quisieron iniciar averiguación previa argumentando que necesitaban contar con el nombre de la enfermera que tiró a su bebé y con los nombres de los médicos que lo atendieron."²²³ Por lo anterior, un Visitador Adjunto de esta Comisión realizó la canalización correspondiente a la Procuraduría a fin de que los agraviados fueran atendidos.²²⁴

Por otro lado, el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal informó a esta Comisión los datos del personal médico y de enfermería que asistió a la peticionaria y a su hijo en el Hospital General Ticomán. Además, argumentó que las complicaciones que presentó el niño, son causa de las malformaciones congénitas con las que nació y que respecto de la caída que sufrió el niño se formuló una llamada de atención verbal al personal de enfermería del Hospital General Ticomán y en particular, a la enfermera involucrada en los hechos.²²⁵

En contradicción con lo anterior, en un resumen clínico del niño durante su estancia en el Hospital General Ticomán enviado a esta Comisión, se desprende que su nacimiento fue el 14 de enero a las 05:30 horas y que fue revisado físicamente de manera debida hasta que sufre una caída de un cunero a las 14:00 horas aproximadamente, es decir, 9 horas posteriores a su nacimiento, en donde se le detectó "ano imperforado sin fístula" y fue trasladado al Hospital Pediátrico Moctezuma el 16 de enero a las 07:30 horas para interconsulta a cirugía pediátrica, es decir, más de 48 horas posteriores a su nacimiento.²²⁶

²¹⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.2. Oficio SSGDF/HMP/D/039/10 de fecha 26 de enero de 2010, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Fernando González Romero, Director del Hospital Pediátrico Moctezuma de la SSDF.

²²⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.4. Resumen clínico del niño, suscrito por el Dr. Javier López Castellanos de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Pediátrico Moctezuma, remitido a esta Comisión mediante oficio SSDF/HMP/D/060/10 de fecha 3 de febrero de 2010.

²²¹ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.3. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria y agraviado de fecha 27 de enero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²²² Véase anexo. Evidencia número VI.Q.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionaria y agraviado de fecha 8 de febrero de 2010, dio fe de dicha comparecencia una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²²³ *Idem.*

²²⁴ *Idem.*

²²⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.6. Oficio DAJ/SAA/0447/2010 de fecha 19 de febrero de 2010, dirigido a esta Comisión, firmado por el Lic. Pedro Fuentes Burgos, Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

²²⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.7. Resumen clínico del niño, elaborado por la Dra. Marina Flores Vázquez, Jefa del Servicio de Neonatología.



Sobre el caso que nos ocupa, personal médico de esta Comisión emitió una opinión médica, en la cual, entre otras cosas se menciona lo siguiente:

[P]odemos decir que las complicaciones que presentó el Recién Nacido fueron a consecuencia de su patología abdominal y no como consecuencia del traumatismo sufrido. Que dichas complicaciones fueron debidas a un retraso tanto en el diagnóstico como en su derivación al Servicio de Cirugía Pediátrica, ello sustentado en que:

1. El personal de Enfermería, omitió realizar una exploración física adecuada para la cual debe estar capacitada, en especial por estar asignada a la Atención Neonatal en la Unidad Tocoquirúrgica. De haber realizado una exploración física de rutina, habría detectado que el paciente no solo tenía rasgos de Síndrome de Down sino que presentaba ano imperforado. Omitió desde el nacimiento hasta el momento del traumatismo, realizar el seguimiento de rutina: toma de signos vitales, verificar diuresis y evacuaciones, el primer registro que se tiene de esto es a las 15:00 hrs (posterior al traumatismo). De haber hecho esto, se habrían percatado de que el paciente no había evacuado y se hubiera obligado a consultar al Servicio de Pediatría motivadas por esta situación y no por la caída que sufrió. Se puede presumir que de no haber sufrido dicha caída, el paciente pudo haber sido dado de alta sin ser examinado.
2. Hay una omisión por parte del médico que dio las indicaciones al nacimiento, manejó al paciente como si se tratara de un recién nacido sin patología alguna, aún cuando especificó en su nota que tenía datos clínicos de Síndrome de Down, haciendo a un lado que estos pacientes generalmente presentan anomalías en diferentes niveles (cardíaco, respiratorio, digestivo y nervioso), se puede presumir que no examinó al paciente.
3. Existe omisión por parte del médico Pediatra del Hospital General Ticomán que realizó la primera exploración, ya que aún cuando se dio cuenta de que el paciente tenía ano imperforado sin fistula, no solicitó su traslado para dar tratamiento quirúrgico, se abocó a descartar problemas relacionados con el traumatismo.
4. La tardanza en su traslado se vio influida en forma negativa por la falta de personal médico en las unidades en las que se solicitó el apoyo.²²⁷

Además, tras el análisis del expediente y de la literatura médica, se concluye lo siguiente:

1. El recién nacido presentó datos clínicos que sugirieron Síndrome de Down y ano imperforado.
2. Clínicamente no presentaron datos que sugirieran que el traumatismo sufrido produjera serias repercusiones en su salud.
3. Existió omisión por parte del médico Pediatra del Hospital General Ticomán que realizó la primera exploración física, ya que aún cuando se dio cuenta de que el paciente tenía ano imperforado sin fistula, no solicitó su traslado para dar tratamiento quirúrgico, se abocó a descartar problemas relacionados con el traumatismo, sin embargo, no se puede afirmar que esta omisión fue determinante en la evolución fatal del padecimiento del recién nacido, ya que debe tomarse en consideración que hubo tardanza en su traslado no solo por retraso en el diagnóstico, sino por la falta de personal médico en las unidades en las que se solicitó el apoyo.
4. Tal y como se describió en las notas, el paciente presentaba ano imperforado, esta patología fue la que condicionó las complicaciones que condujeron al paciente a la muerte.²²⁸

En el caso que se presenta esta Comisión acreditó que el niño falleció debido a una mala atención médica al momento del su nacimiento, ya que no se le practicó una revisión de rutina que permitiera detectar su padecimiento. Al detectar su padecimiento, los médicos responsables del Hospital demoraron alrededor de 48 horas posteriores a su nacimiento para trasladarlo a un hospital con la infraestructura necesaria para su atención. La demora en la atención médica trajo como consecuencia el fallecimiento del niño.

²²⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.Q.9. Opinión médica elaborada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión sobre el caso de la señora Rosa Peralta Mendoza.

²²⁸ *Idem*.

Por todos los hechos de queja narrados anteriormente, se desprenden las siguientes conclusiones:

En el caso "A" la Secretaría de Salud violó el derecho a la salud de la agraviada en virtud de que:

- Los médicos del Hospital General Xoco que atendieron el parto de la agraviada no mencionan en las notas médicas que a la paciente se le haya realizado la maniobra de protección de periné, por lo que se puede atribuir a que el desgarro recto-vaginal si pudo haber sido causado por una mala atención en el parto por los médicos del Servicio de Ginecología del HGX.
- Los médicos del Hospital General de Xoco incurrieron en una mala práctica médica al no garantizar que un especialista médico adecuado atendiera el padecimiento de la agraviada, por lo cual no recibió una atención médica de calidad.
- A pesar de que el padecimiento de la peticionaria fue responsabilidad de médicos de la SSDF no han realizado las acciones suficientes a fin de reembolsar los gastos erogados por la peticionaria, en particular por los estudios que le fueron realizados.
- La Secretaría de Salud no garantizó el cuidado y protección que se les debe otorgar a las madres antes y después del parto, derivado de que muchas mujeres corren peligro de muerte o de quedar discapacitadas como en el caso de la agraviada.

Se afectó el derecho a la salud del niño en el caso "B" porque:

- Al no ser los servicios accesibles, en virtud de que la información que se le brindó al peticionario sobre el estado de salud de su hijo no fue completa ni de calidad.
- No se tuvo la diligencia debida en el traslado del niño al Hospital Pediátrico Tacubaya, ya que como lo mencionamos *supra*, el traslado ocurrió siete horas posteriores a su nacimiento; sin que en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc contaran con el equipo adecuado para su atención; además, al provocarle la quemadura, por una mala práctica médica, se le generó un sufrimiento que pudo haber sido evitado.
- Por lo anterior, además se violan los derechos reproductivos de la mujer.

En el caso "C" la SSDF violó el derecho a la salud de la agraviada ya que:

- Existió retraso en la atención médica de la agraviada, lo cual provocó que su estado de salud se agravara.
- El Hospital General de Xoco no resguardó parte del expediente clínico, al no contar con la tomografía practicada a la víctima, lo cual incumple con la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.



- Nada justifica la carencia del equipo médico adecuado para su tratamiento, mucho menos, el que el peticionario lo tuviera que conseguir por sus propios medios, lo anterior no se ajusta al elemento de calidad y disponibilidad que deben tener los servicios médicos.

En el caso "D" se viola el derecho a la salud de la agraviada y de su hijo, y por lo tanto los derechos del niño, en virtud de que:

- La SSDF no garantizó contar en el Hospital Materno Infantil Xochimilco con los especialistas suficientes y adecuados para atender su parto.
- La médico del Hospital Materno Infantil de Xochimilco pusieron en riesgo la salud e integridad personal de la agraviada en virtud de que la indicación fue que acudiera por sus propios medios a otro hospital, aún y cuando ya se encontraba en trabajo de parto.
- Las revisiones que le practicaron a la peticionaria en dicho Hospital no fueron adecuadas ya que no se elaboró una hoja de partograma, que pudo haber indicado que la agraviada requería atención intra hospitalaria y se pudo haber evitado un parto fortuito.

En el caso "D" la SSDF violó el derecho a la salud y al desarrollo del niño debido a que:

- Se negó la atención médica a la madre en el Hospital Materno Infantil Xochimilco argumentando la falta de personal médico, lo que produjo que su hijo naciera en un medio séptico. Lo anterior, expone que el servicio médico brindado no fue de calidad ni se aseguró la disponibilidad de éste.
- El nacimiento del niño en un medio séptico debido a la negativa de atención médica puso en riesgo su salud ya que las condiciones de su nacimiento pudieran haber ocasionado un daño neurológico que no es posible diagnosticar en este momento.
- Por el posible daño neurológico del niño se viola su derecho al proyecto de vida, al poner en riesgo su salud.
- No garantizó que en ese Hospital materno infantil existiera el personal médico suficiente y adecuado para brindar la atención a las usuarias lo cual, como se mencionó, evidencia que el servicio no contó con los elementos de disponibilidad y calidad para la atención médica adecuada del niño.

En el caso "E", la SSDF violó en perjuicio de la madre agraviada y de su hijo el derecho a la salud de los niños y niñas, al no brindar la atención médica adecuada, tanto a la madre al momento del parto, como al menor tras su nacimiento en un medio séptico, lo que le trajo al menor consecuencias en su salud. Por lo que además, se afecta, derivado de una mala atención médica, el derecho al proyecto de vida de ambos.

Por otro lado, en el caso al que nos referimos, la SSDF no aseguró al momento de brindar la atención médica la integridad física de la niña ya que como se constató, no se contaba con el equipo



y personal necesario para la atención de su parto, por lo que no se cumple con los elementos de calidad y disponibilidad que marcan los estándares en materia de servicios de salud.

Respecto del **caso "F"**, la Secretaría de Salud violó el derecho a la salud de niña ya que al momento de su nacimiento no le fue diagnosticado la entidad clínica denominada "sufrimiento fetal" de manera oportuna, lo que pudiera ocasionar un daño neurológico en ella. Por el posible daño neurológico, se afecta su derecho al proyecto de vida al ponerlo en riesgo.

Además, viola el derecho a la salud de la agraviada en el **caso "F"** debido a que existió retraso en la atención médica.

En el **caso "G"**:

- Debido al retraso en la atención médica de la madre al momento del término del embarazo el niño recién nacido murió; la muerte era prevenible y evitable de haber recibido la mujer la atención médica oportuna, adecuada y de calidad.
- La muerte del niño en el **caso "G"** constituye una violación al derecho a la vida y por lo tanto una violación a los derechos de la niñez, provocada por la deficiente atención médica de una servidora pública de la SSDF.

En el **caso "H"** la SSDF no contó con el equipo médico adecuado para atender el embarazo de término de la agraviada; lo anterior, en contra los elementos esenciales de accesibilidad y calidad con los que deben cumplir los servicios de salud. Dicha carencia impidió la oportuna interrupción del embarazo vía cesárea, con lo que probablemente hubiera vivido el producto de la gestación, con lo que además, se afecta el derecho a la salud de la mujer y como consecuencia sus derechos reproductivos.

Sobre el **caso "I"** se violó el derecho a la salud de la agraviada debido a que:

- 
- Por el retraso y la deficiente atención médica no se diagnosticó en el producto de la gestación la entidad clínica de sufrimiento fetal agudo, lo que provocó que éste fuera expulsado sin vida del cuerpo de la agraviada.
 - El retraso en la atención médica se debió a que no se contaba con los médicos suficientes para brindar la atención médica de calidad a las usuarias, lo cual incumple con los requisitos de disponibilidad y calidad con los que deben de contar los servicios médicos.

En el **caso "J"** se concluye la violación al derecho a la salud de la mujer debido a que:

- Por el retraso en la atención médica, debido a la falta de especialistas necesarios en el Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", el producto de la gestación de la agraviada fue obtenido sin vida.



- Se pudo acreditar la mala práctica médica de los médicos del servicio de urgencias, así como de los médicos interconsultantes quienes omitieron la hospitalización de la agraviada para la realización de estudios complementarios.
- Se comprobó la falta de equipamiento del hospital, en particular que no cuentan con equipo de ultrasonografía, por no tener el espacio físico, ni el personal capacitado para su manejo.
- Se acreditó que el expediente clínico no se elaboró conforme a lo que establece la NOM-168-SSA1_1998, Del expediente clínico.

En el caso "K" el personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incurrió en una mala práctica médica al no observar lo establecido por la NOM-007-SSA2-1993 y revisar la frecuencia cardíaca fetal del producto de la gestación, lo cual derivó en que fuera expulsado sin signos vitales del cuerpo de la mujer, ya que no le fue diagnosticado a tiempo la entidad clínica de "sufrimiento fetal agudo"; por lo que se concluye la violación al derecho a la salud y por lo tanto a los derechos reproductivos de la agraviada.

Sobre el caso "L", se acreditó la violación al derecho a la salud de la mujer en virtud de que:

- La injustificada negativa de atención médica que se le dio a la agraviada en los hospitales General de Balbuena, General de Iztapalapa y Belisario Domínguez.
- La SSDF omitió contar con el equipo y personal necesario para atender la emergencia obstétrica que presentaba la agraviada, al no darle el tratamiento intrahospitalario que requería en el Hospital General Balbuena; asimismo, al no recibirla en el Hospital General Iztapalapa.
- El Centro de Salud Quetzal de la SSDF no realizó un adecuado manejo del control prenatal de la agraviada, ya que había signos que indicaban que la víctima debía ser valorada por un especialista Ginecoobstetra, sin que se realizara la canalización correspondiente.

La SSDF, en el caso "M", puso en riesgo el derecho a la salud de la madre y del niño al no garantizar el equipo médico y personal necesario para la atención del parto, lo cual constituye una violación al derecho a la salud.

Sobre el caso "N", debido a las deficiencias de equipo médico en el Hospital General Iztapalapa, se acredita que se pone en riesgo el derecho a la salud de las niñas y los niños, en particular neonatos usuarios de los servicios de salud dicho Hospital.

De igual manera, como se desprende de los casos "N" y "O" la Secretaría de Salud viola el derecho al más alto nivel posible de salud de todas las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal, ya que:

- En algunos de los Hospitales motivo de esta Recomendación, no se cuenta con el equipo médico y/o especialistas suficientes, necesarios para brindar la atención médica adecuada,

de calidad y especial que requieren las usuarias de los servicios de salud.²²⁹ En este contexto, la SSDF viola el derecho a la salud de las usuarias de los servicios de salud reproductiva del Distrito Federal, al no generar las condiciones adecuadas que permitan a las mujeres embarazadas vivir lo más saludablemente posible y al no garantizar que los servicios de salud cumplan con los elementos de aceptabilidad, calidad y disponibilidad. Dichos elementos implican entre otras cosas: ser sensibles a los requisitos del género; contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud; así como contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

- No se ha incorporado la perspectiva de género en la atención médica brindada a las usuarias, además se aprecian deficiencias en cuanto la administración, gestión y planeación del presupuesto, lo que ha resultado en que no se cuente con el equipo y personal suficiente para atender las peculiaridades de la mujer y su salud, particularmente la salud reproductiva, que como lo mencionamos incumple con los elementos de aceptabilidad, calidad y disponibilidad con los que deben contar los servicios de salud.

La SSDF violó en perjuicio de la agraviada en el caso "P" el derecho a la vida en virtud de que:

- No implementó medidas positivas necesarias para enfrentar la situación de riesgo de la agraviada embarazada, ya que no garantizó el contar con paquetes sanguíneos en un hospital materno infantil, lugar en donde es común que se presenten casos de emergencia en los que sean necesarios dichos paquetes.
- No se cuenta con un sistema que garantice el abasto de los paquetes sanguíneos y por lo tanto, no garantizó el prestar los servicios de salud necesarios para preservar la vida de la agraviada.

La falta de paquetes sanguíneos en un hospital materno infantil y la imposibilidad para atender emergencias que son comunes durante el término del embarazo, como una hemorragia, constituye además una violación al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia como se analiza *infra*.

Se afectaron los derechos de las niñas y los niños, al violar la SSDF el derecho a la vida y supervivencia del niño en el caso "Q", debido a que se debió de haber detectado de manera inmediata al nacimiento del niño su padecimiento, lo cual implicaba una revisión física de rutina la cual no tuvo lugar, por lo que la atención que recibió el niño no fue de calidad.

Esa omisión trajo como consecuencia el fallecimiento del niño por la mala atención médica que recibió y por lo tanto, genera a juicio de esta Comisión una violación a los derechos de la niñez por la violación al derecho a la vida del niño.

²²⁹ Hospital General Milpa Alta, Hospital General Ticomán, Hospital Materno Infantil de Tlahuac, Hospital materno Infantil Inguarán, Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo S.", Hospital Materno Infantil Topilejo, Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, Hospital Pediátrico de Coyoacán, Hospital General Iztapalapa, Hospital Materno Infantil Xochimilco.



V.3. Derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia [violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos]

El artículo 4° Constitucional establece que el varón y la mujer son iguales ante la ley. A la luz del artículo 1°, esta norma se debe interpretar de acuerdo con el principio *pro persona* y de conformidad con la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos.

Por su parte, el principio de igualdad implica que todas las personas a ser tratadas sin distinción, exclusión o restricción basada, entre otros, en motivos de género, que tenga como objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales en cualquier esfera. Por lo que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de sus derechos, entre otros, el derecho a la vida y sus derechos económicos, sociales y culturales.²³⁰

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia implica que el Estado debe tomar las medidas necesarias a fin de procurar el desarrollo integral de las mujeres, previniendo, atendiendo, sancionando y erradicando todo tipo de violencia que se ejerza contra ellas.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia²³¹, establece diversos tipos de violencia, entre ellos, la violencia institucional contra las mujeres que son "los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia."²³²

Por lo anterior, el Estado mexicano, en sus diferentes órdenes de gobierno, está obligado a tomar medidas a fin de, entre otras cosas, promover el desarrollo integral de las mujeres. Además, la LGAMVLV establece que "para cumplir con su obligación de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, los tres órdenes de gobierno deben prevenir, [y en su caso] atender, investigar, sancionar y reparar el daño que les inflige."²³³

En ese sentido, la Convención Belém do Pará señala que la violencia contra la mujer es "una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres"²³⁴ y reconoce que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.²³⁵ El Comité de la CEDAW, por su parte ha declarado que la definición

²³⁰ Cfr. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer [Convención Belém Do Pará] Adoptada por la Organización de Estados Americanos en Belem do Para, Brasil el 9 de junio de 1994. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1999. Artículos 4 y 5.

²³¹ LGAMVLV. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2011.

²³² *Ibidem*. Artículo 18.

²³³ *Ibidem*. Artículo 20.

²³⁴ Convención Belém Do Pará.

²³⁵ Corte IDH. Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2009. Serie C No. 205. Párrafo 394.

de la discriminación contra la mujer "incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada"²³⁶.

Es importante recalcar, que existen factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia, por lo que tales condiciones deben de ser tomadas en cuenta en los servicios de atención médica. En este tenor, el párrafo primero del artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer establece lo siguiente:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Esas medidas para eliminar la discriminación de la mujer en el área de la salud deben ser consideradas como medidas de carácter permanente.²³⁷ Además, el Comité de la CEDAW ha considerado que según el artículo 2, "los Estados partes deben ocuparse de todos los aspectos de sus obligaciones jurídicas en virtud de la Convención para respetar, proteger y hacer cumplir el derecho de la mujer a la no discriminación y al goce de la igualdad."²³⁸

En este sentido, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto [ya que] la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer",²³⁹ Asimismo, las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer "no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer."²⁴⁰

Igualmente, pueden constituir una violación de las obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación la falta de medidas positivas para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud materna y todas las características del derecho a la salud como la disponibilidad, aceptabilidad y calidad.²⁴¹

Las barreras para lograr la accesibilidad sin discriminación a los servicios de salud materna están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud, así como con prácticas y estereotipos. Por ello, es importante tener en cuenta, "que las mujeres han sido sujetas a varias formas de discriminación históricamente, y la obligación de remediar dicha discriminación requiere la

²³⁶ Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11^o período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 84 (1994). Párrafo 6.

²³⁷ Cfr. Comité de la CEDAW, Recomendación General No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal. Adoptada en su 30^o período de sesiones, en 2004.

²³⁸ Comité de la CEDAW, Recomendación General No. 28, relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada el 16 de diciembre de 2010.

²³⁹ Comité de la CEDAW, Recomendación General N^o 24, Op. Cit. Párrafo 2.

²⁴⁰ *Idem*.

²⁴¹ Cfr. CIDH, Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Op. Cit. Párrafo 39.



integración de la perspectiva de género en el diseño e implementación de las leyes y las políticas públicas que les afecten.²⁴²

En ese tenor, 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.²⁴³

En el Distrito Federal, de conformidad con el artículo 3º fracción IX de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal,²⁴⁴ la mujer embarazada se encuentra en condición de vulnerabilidad;²⁴⁵ por lo tanto la Secretaría de Salud deberá "[e]laborar e instrumentar mecanismos, programas y acciones tendientes a identificar los factores de riesgo que afectan la salud de las mujeres."²⁴⁶ Asimismo, la mencionada Ley establece que se deberá proporcionar "atención en salud reproductiva de las mujeres, en especial de aquellas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad [...]"²⁴⁷

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, establece que no se deberá de ejercer violencia contra los derechos reproductivos de la mujer, definiendo esta como:

Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia[.]²⁴⁸

Asimismo, por violencia obstétrica, se entiende "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres."²⁴⁹ Hay estados que han conceptualizado la violencia obstétrica en las leyes; en el estado de Veracruz la violencia obstétrica incluye:

[O]mitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del

²⁴² *Ibidem*. Párrafo 29.

²⁴³ *Ibidem*. Párrafo 84.

²⁴⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de enero de 2008.

²⁴⁵ Esto se establece también en el artículo 9 de la Convención Belém Do Pará.

²⁴⁶ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal. Artículo 18, fracción II.

²⁴⁷ *Ibidem*. Artículo 36, fracción IV.

²⁴⁸ *Ibidem*. Artículo 6, fracción VI.

²⁴⁹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Publicada en la Gaceta Oficial, Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el día jueves 28 de febrero del año 2008.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Venezuela.



parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.²⁵⁰

En ese sentido, toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre,²⁵¹ en el caso de las mujeres embarazadas, esta protección consiste en brindar la atención médica adecuada, que debe contar con los requisitos de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y disponibilidad.

El Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal establece, como uno de sus objetivos, el derecho a la salud de las mujeres con un enfoque de derechos humanos y de género. El Programa, para la consecución de dicho objetivo, se apoya en varias líneas de acción cuyo cumplimiento está a cargo de la Secretaría de Salud, entre otras.²⁵²

Respecto de los hechos de queja, en los casos "B", "C", "D", "E", "F", "G", "H", "I", "J", "L", "M", "N", "O" y "P" se acreditó la falta de equipo médico y/o especialistas necesarios para la atención de las usuarias de los servicios de salud reproductiva del Distrito Federal en diversos hospitales de la red.

En especial, de los casos "M", "N" y "O" se desprenden tales deficiencias, como se narra a continuación:

V.3.1. Sobre el caso "M", expediente: CDHDF/III/22/TLAH/11/D1675

En el caso "M" como se mencionó *supra*, la queja presentada se deriva de que a la agraviada, el 11 de marzo de 2011, al encontrarse en trabajo de parto y con fuertes dolores obstétricos, no se le atendió de manera adecuada. Con motivo de una solicitud de medidas precautorias emitidas por esta Comisión, la peticionaria comenzó a ser atendida²⁵³ y tanto ella como el niño se encuentran vivos.²⁵⁴

No obstante lo anterior, durante el trámite de la investigación esta Comisión pudo acreditar que el Hospital carece de equipo médico así como médicos suficientes para brindar la atención adecuada a

²⁵⁰ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Artículo 7, fracción VI.

²⁵¹ Cf. Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. *Op. Cit.* Párrafo 103.

²⁵² PDHDF. Líneas de acción 1376 a1387.

²⁵³ Véase anexo. Evidencia número VI.M.2. Oficio D/318/11 de fecha 15 de marzo de 2011, dirigido a esta Comisión en atención a una solicitud de medidas precautorias, firmado por el Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca.

Evidencia número M.3. Acta Circunstanciada de llamada telefónica realizada al peticionario, de fecha 23 de marzo de 2011, dio fe de dicha llamada telefónica un Visitador Adjunto de esta Comisión.

²⁵⁴ *Idem*.



las usuarias de los servicios. Asimismo, se pudo acreditar una afección a la salud del niño derivada de la inadecuada atención médica.

En ese sentido, el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, informó a esta Comisión que el personal para atender a la población del Hospital Materno Infantil de Tláhuac es "suficiente para atender a la población que requiera atención médica" haciendo la precisión de que debido a las condiciones generales de trabajo de los médicos, se implementan guardias para no dejar descubiertos los servicios encomendados.²⁵⁵ No obstante, en contradicción con lo anterior, el Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, manifestó que "el personal médico designado para [el] Hospital es insuficiente, debido a que cuando alguno de los médicos goza alguna de sus prestaciones, no cuentan con personal para cubrir alguna de las guardias descubiertas"²⁵⁶ y además, refirió que la COFEPRIS hizo esa observación al Hospital.

Esta Comisión cuenta con evidencia de que en un acta de verificación de fecha 2 de junio de 2010, la COFEPRIS comunicó al responsable sanitario del Hospital Materno Infantil de Tláhuac sus observaciones con motivo de una visita de verificación,²⁵⁷ en dicha acta se plasmaron, entre otras, las siguientes irregularidades:

- No se realiza mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, se mantienen sin funcionamiento: 2 toco-cardiógrafos, 1 cuna radiante, 1 lámpara.
- Falta un desfibrilador en el carro rojo del área de recuperación post-parto y 2 monitores de signos vitales.
- El transfer permite el flujo cruzado de aire.
- La CEyE no cuenta con filtro de acceso que permita el ingreso en condiciones adecuadas.
- Falta 1 equipo de histerectomía.
- No realizan mantenimiento preventivo y correctivo para el sistema de aire acondicionado de la unidad hospitalaria.
- No cuenta con lavabo en el filtro de ingreso para el área de cueros.
- No cuentan con tomas fijas de oxígeno suficientes, proporcionales a la cantidad de camas.
- No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de ginecología y obstetricia.
- No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de pediatría y enfermería
- No cuenta con personal suficiente e idóneo para el servicio de anestesiología y Radiología.
- No cuenta con manuales de procedimientos por áreas y servicios específicamente de limpieza (exhaustivos) del área quirúrgica.
- No cuenta con responsable sanitario para el servicio de transfusión
- El servicio de transfusión del establecimiento no garantiza contar con hemocomponentes las 24 hrs. Los 365 días.

²⁵⁵ Véase anexo. Evidencia número VI.M.4. Oficio DGSMU/0692/11 de fecha 09 de mayo de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Ramón Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF.

²⁵⁶ Véase anexo. Evidencia número VI.M.5. Copia del oficio D/442/11 de fecha 25 de abril de 2011, dirigido al Dr. Ramón Rosales Avilés, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la SSDF, suscrito por el Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011.

²⁵⁷ Véase anexo. Evidencia número VI.M.6. Copia del oficio COS/DEDS/2/OR/10-AF-3309-3967-HV/2010 de fecha 07 de julio de 2010, dirigido al Dr. Raúl Ernesto Guevara-Meléndez Machuca, Director del Hospital Materno Infantil de Tláhuac y responsable sanitario de éste, suscrito por el Director Ejecutivo de Dictamen Sanitario de la Comisión Federal de Operación Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [en adelante COFEPRIS]; remitido a esta Comisión mediante oficio D/463/11 de fecha 02 de mayo de 2011.

Por lo que se refiere a subsanar las deficiencias señaladas al Hospital, el Comisionado de Operación Sanitaria de la COFEPRIS, manifestó a esta Comisión que en relación con la falta de personal médico en las áreas de ginecología, obstetricia, pediatría y enfermería, el 17 de agosto de 2010, se recibió un escrito del Director del nosocomio, en donde anexa 9 oficios en los que "solicita personal profesional y técnico para dar cumplimiento a las irregularidades detectadas."²⁵⁸

En un oficio posterior, la Secretaría de Salud informó sobre las acciones para subsanar las irregularidades encontradas por la COFEPRIS, sin embargo destaca, que respecto a la contratación de personal suficiente, si bien ya se autorizó la contratación de médicos por diversas razones ésta no se ha concretado.²⁵⁹

V.3.2 Sobre el caso "O", expediente: CDHDF/III/122/COY/11/D5821

El caso "O" fue investigado a raíz de diversas deficiencias que padece el Hospital Pediátrico Coyoacán.²⁶⁰ Se solicitó diversa información, de la que se desprende lo siguiente:

El Director del Hospital informó que tanto las toallas de papel como el jabón líquido es suministrado diariamente, que las incubadoras con las que se cuenta en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son nuevas y se cuenta con incubadoras de reserva. En relación con los monitores, manifestó que solicitó su reparación. Asimismo, informó que en la última solicitud de equipo médico realizado a las autoridades "se solicitaron monitores para el área de terapia intermedia, que es el área que no tiene suficiencia"; además, que no se ha finalizado la contratación de personal médico y de enfermería, a pesar de contar con la autorización presupuestal, ya que "la búsqueda de estos profesionales de la salud ha sido compleja dada la demanda que de ellos existe a nivel nacional y a la competencia que existe con otras instituciones de salud."²⁶¹

En contradicción con lo anterior un médico de esta Comisión, en una visita al Hospital Pediátrico Coyoacán, el 4 de octubre de 2011, constató lo siguiente:



En el servicio [de] neonatología, hacían falta toallas de papel para secado de manos, [...] no existían monitores para las cunas de algunos neonatos (mismos que se requieren para la monitorización de los signos vitales) [...] hacían falta hojas de laringoscopio para neonatos, no había equipo para bomba de medicamentos, no [había] equipos para transfusión, además de falta de suministro de cánulas del 3.5 orotraqueales (para neonatos).²⁶²

En una visita posterior, realizada por Visitadores Adjuntos y un médico de esta Comisión el 15 de noviembre de 2011, se constataron las siguientes irregularidades en el área de neonatología:

²⁵⁸ Véase anexo. Evidencia número VI.M.7. Oficio número COS/1/OR/001142/2011 de fecha 29 de noviembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Comisionado de Operación Sanitaria de la COFEPRIS.

²⁵⁹ Véase anexo. Evidencia número VI.M.8. Oficio D/067/2012 de fecha 26 de enero de 2012, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Héctor Ignacio Sánchez Peña, Encargado de la Dirección del Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

²⁶⁰ Véase anexo. Evidencia número VI.O.1. Acta Circunstanciada de comparecencia de un peticionario, de la que dio fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.

²⁶¹ Véase anexo. Evidencia número VI.O.2. Oficio HPC/211/11 de fecha 28 de septiembre de 2011, dirigido a esta Comisión, suscrito por el Dr. Miguel Camarillo Valencia, Director del Hospital Pediátrico Coyoacán.

²⁶² Véase anexo. Evidencia número VI.O.3. Acta Circunstanciada de inspección al Hospital Pediátrico Coyoacán, de fecha 4 de octubre de 2011, de la que dio fe un médico de esta CDHDF.

- No existía la cantidad adecuada de batas, gorros y cubrebocas.
- Que hasta el día de anterior a la visita de la CDHDF [14 de noviembre de 2011] se había provisto al área de material suficiente como toallas de papel para secado de manos y diferentes tipos de cables para los sensores de los monitores; sin embargo, el personal manifestó que seguían teniendo déficit de materiales.
- Sólo había dos hojas de laringoscopia para pacientes neonatos
- Existe un área en donde se encuentran los médicos realizando sus notas, las cuales se realizan en máquina de escribir. "En dicha área existen camas de pacientes neonatos (en ese momento se encontraba hospitalizado uno), siendo la irregularidad que al momento en que los médicos realizan las notas, los pacientes neonatos están expuestos en gran medida al ruido realizado por dichas máquinas."
- En las camas para pacientes neonatos no había monitores, los cuales sirven para valorar los signos vitales de los pacientes.
- Un lavabo tenía un botón que se activaba con la rodilla el cual no estaba funcionando.
- Por lo menos 3 de las incubadoras estaban averiadas.²⁶³

A dicho del peticionario, las condiciones que la CDHDF constató en la anterior visita en el mes de noviembre prevalecían, por lo menos, hasta el último día de diciembre de 2011.²⁶⁴

De los hechos anteriormente narrados, se desprende que la Secretaría de Salud ejerció violencia institucional, violencia obstétrica y contra los derechos reproductivos, en perjuicio de las agraviadas en los casos B", "C", "D", "E", "F", "G", "H", "I", "J", "L", "M", "N", "O" y "P", debido a que:

- 
- No garantizó las medidas necesarias en materia de salud a fin de procurar la correcta atención médica de las mujeres que fueron atendidas en hospitales de la red de salud del Distrito Federal.
 - No aseguró el goce y ejercicio de los derechos reproductivos de las agraviadas.
 - No respetó la integridad física, psíquica y moral de las agraviadas al momento de su embarazo, parto y puerperio, debido a que la negativa de atención médica o la incorrecta atención médica de las mujeres, lo que causa una afectación psicológica, más aun en los casos en que se presentó la muerte del niño o la pérdida del producto de la gestación.
 - Fue omisa en cuanto a la atención de emergencias obstétricas, y en algunos casos incluso, negó el servicio a las usuarias, lo cual viola el principio de igualdad y el derecho a la no discriminación de las mujeres y constituye también una forma de violencia obstétrica.
 - En los casos "D" y "L", negó el acceso a los servicios de salud reproductiva bajo el pretexto de carencia de recursos en los Hospitales para brindar la atención, lo que

²⁶³ Véase anexo. Evidencia número VI.O.4. Acta circunstanciada de inspección al Hospital Pediátrico Coyoacán, de fecha 15 de noviembre de 2011, de la que dio fe un médico de esta CDHDF.

²⁶⁴ Véase anexo. Evidencia número VI.O.5. Acta Circunstanciada de comparecencia de peticionario, de fecha 10 de enero de 2012, de la que da fe una Visitadora Adjunta de esta Comisión.



constituye una manifestación de violencia institucional ya que la Secretaría de Salud no garantizó el acceso a los servicios médicos especiales para la mujer, los cuales deben de ser de carácter permanente.

La SSDF viola en perjuicio de las usuarias de los servicios de salud del Distrito Federal el derecho a vivir una vida libre de violencia, debido a que:

- No ha garantizado un sistema de atención médica para detectar y atender las enfermedades propias de la mujer, como lo muestran los hechos descritos en los casos "N" y "O", lo cual evidencia que no ha sido garantizada de manera adecuada la salud reproductiva de las mujeres.
- Como se demuestra, por las carencias en las áreas de neonatología, se pone en riesgo el derecho a la maternidad de las usuarias de los servicios.
- No ha garantizado las medidas positivas a fin de que los servicios de salud reproductiva brindados a las mujeres sean accesibles y de calidad, lo cual constituye una violación al principio de igualdad y al derecho a la discriminación de las mujeres.

VI. Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación a derechos humanos

De lo que se expone en el cuerpo de la Recomendación se desprende que el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, en el ámbito de sus competencias, tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres, esto incluye la garantía del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la integridad personal y la protección de la vida.

Asimismo, tiene la obligación de asegurar el acceso a una vida libre de violencia de las mujeres, más aun en los centros de salud que atienden cuestiones relacionadas con la mujer, en particular las que tienen que ver con la salud reproductiva. Por lo tanto, la Secretaría de Salud debe impedir a toda costa que ejerza violencia institucional y violencia obstétrica en contra de las mujeres que se encuentran bajo su cuidado. El Gobierno del Distrito Federal, a través de las dependencias correspondientes, está obligado a garantizar la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud y asignar el máximo de los recursos disponibles para tal fin. Por lo que debe asignar el presupuesto necesario para garantizar que los establecimientos de salud cumplan con los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad necesarios para brindar la atención necesaria a las usuarias de los servicios.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, del año 2007 al 2010 se tienen registradas 496 defunciones maternas en el Distrito Federal,²⁶⁵ y se puede afirmar que dichas defunciones, por año, no disminuyeron de manera significativa.

²⁶⁵ Véase página web del INEGI:

http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144



Se cuenta con información de la SSDF de que durante el año 2011 se registraron 26 muertes maternas en la red de hospitales del Distrito Federal²⁶⁶, igual número que en 2008,²⁶⁷ de estas 22% fueron consideradas como evitables por algún Comité para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.²⁶⁸ Además, se tiene documentado que en el año 2009 se registraron 29 muertes maternas y en 2010 existen 20 documentadas.²⁶⁹

Por lo que respecta a las quejas recibidas por esta Comisión en materia de salud, de 2008 a la fecha se han presentado 4,090 quejas que se calificaron como una presunta violación al derecho a la salud y en 3,579 quejas está señalada como autoridad presuntamente responsable la SSDF. Asimismo, la CDHDF del año 2006 a la fecha ha emitido 5 Recomendaciones relacionadas con casos de salud materna y todas se encuentran sujetas a seguimiento por esta Comisión.²⁷⁰

En los casos que se presentan en esta Recomendación, analizados con el conjunto de otras quejas recibidas por este Organismo, preocupa que el Gobierno del Distrito Federal a través de las dependencias competentes, en especial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no tome las acciones suficientes con el fin de garantizar el derecho a la salud de las mujeres y prevenir la violencia institucional y obstétrica contra ellas, las cuales constituyen una forma grave de discriminación y, por consiguiente, una violación de sus derechos humanos y un obstáculo para su disfrute, así como para su desarrollo integral.

Además de lo anterior, a esta Comisión inquieta que en varias ocasiones, algunas de las usuarias de los servicios de salud reproductiva, agravadas cuyos casos aparecen en esta Recomendación, manifestaron que el trato que recibieron por parte de personal médico y de enfermería no fue cálido ni amable. Lo anterior, sumado a que en un par de casos en los que el producto de la gestación fue obtenido sin signos vitales por la mala atención médica, el personal de los hospitales culpó a las agravadas por dicha pérdida lamentable, y en algunos de los casos por las secuelas en su salud o en la de las niñas y niños. Estas manifestaciones de violencia por parte del personal de salud generan afectaciones de tipo emocional adicionales en las agravadas.

Preocupa al Organismo el que sigan ocurriendo casos de muerte materna y perinatal previsibles y evitables, particularmente cuando éstas tengan que ver con deficiencias en el equipo médico así como con falta de personal necesario para la atención que corresponde. Lo anterior, habla del descuido institucional para garantizar de manera plena los derechos de la mujer, en particular su derecho a la salud, a la integridad personal, a la vida y a vivir una vida libre de violencia.

En esta Recomendación se evidencia la práctica discriminatoria hacia las mujeres en el Sector Salud del Distrito Federal, al no contar con los recursos así como con los especialistas necesarios para atender a la población usuaria. La CDHDF manifiesta su preocupación por la violación a los

²⁶⁶ Oficio número OIP/0360/12 de fecha 1° de febrero de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000010812.

²⁶⁷ Oficio número OIP/0979/12 de fecha 12 de marzo de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000038912.

²⁶⁸ Oficio número OIP/0360/12 de fecha 1° de febrero de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000010812.

²⁶⁹ Oficio número OIP/0979/12 de fecha 12 de marzo de 2012, en respuesta a la solicitud de información pública 0108000038912.

²⁷⁰ Recomendaciones 10/2006, 13/2006, 3/2008, 2/2009 y 7/2011.

derechos humanos de las mujeres embarazadas, que requieren servicios específicos en materia de salud, por lo que es necesario que el Gobierno del Distrito Federal implemente acciones positivas para garantizar sus derechos.

Llama la atención, que incluso en algunos hospitales de atención materno-infantil, no se tengan las condiciones necesarias para atender no sólo emergencias obstétricas, sino incluso, embarazos normo evolutivos o eventualidades que pueden ser previsibles y que pueden evitar complicaciones en la salud y poner en riesgo la vida de la madre y del producto.

Esta Comisión insta a la Secretaría de Salud a que asigne el máximo de los recursos disponibles para garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad a los y las usuarias de éstos con el fin de proteger su derecho a la salud y a la vida. Cabe recordar que el Estado tiene la obligación de garantizar ciertas medidas de manera inmediata para la protección de la salud de las mujeres como garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso eficaz de la mujer a los servicios de salud, en especial a los servicios obstétricos y exigir que éstos sean compatibles con sus derechos humanos, así como aplicar medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto.

Se hace un llamado enérgico a las autoridades del sector salud del Distrito Federal a fin de que se actúe con la máxima diligencia en la atención a la salud de las mujeres, entre otras cosas, implementando acciones positivas para la consecución del acceso efectivo del derecho a la salud reproductiva de las mujeres, y tendientes al pleno respeto de su integridad física y psicológica.

Entre otras, esta Comisión insta a las autoridades de la Secretaría de Salud a dar cumplimiento a las líneas de acción en materia de salud del Programa de Derechos Humanos, principalmente las líneas de acción 1376 a 1387 sobre la Maternidad sin riesgos y reducción de la morbilidad materna.

Por otro lado, esta Comisión hace un llamado a la PGJDF a fin de que se investiguen de manera diligente los hechos que tienen que ver con la presente Recomendación y de los cuales tiene conocimiento.

Finalmente, es importante reiterar que con motivo de las quejas esta Comisión intentó llegar a una conciliación con la Secretaría de Salud; por lo que el 14 de junio de 2012 mediante oficio 3-839912 esta Comisión envió a la SSDF una propuesta de Acuerdo conciliatorio. No obstante se pudieron llegar a acuerdos comunes en la mayoría de los puntos conciliatorios en beneficio de las víctimas, respecto a la reparación del daño por concepto de indemnización no se llegó a acuerdo alguno. Lo anterior obedeció a una opinión de la Consejería Jurídica de dicho organismo, en la cual, para el rechazo de dicho punto conciliatorio se argumentó lo siguiente:

"...la reclamación de indemnización por responsabilidad de la Administración Pública del Distrito Federal que se hubiese presentado ante la comisión (sic) de Derechos Humanos del Distrito Federal, o bien que deriven de una queja o denuncia ante dicha comisión (sic), deberán ser turnadas a las Dependencias, Entidades de la Administración Pública, Órgano Autónomo o Local de gobierno, con la finalidad de llevarse a cabo el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial correspondiente, lo cual deberá ajustarse a la Ley de Procedimiento Administrativo y Código Fiscal, ambos del Distrito Federal.



En tal virtud, la propuesta de conciliación de la Comisión de Derechos humanos del Distrito Federal, originada de las quejas o denuncias presentadas por los particulares, por el fallecimiento de personas atendidas en la red hospitalaria de esa Dependencia, deberán ser resueltas de conformidad con la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal."

A esta Comisión preocupa que no se haya podido lograr una conciliación derivado de una interpretación ya superada sobre la responsabilidad de las y los servidores públicos por la violación a derechos humanos. En ese sentido, se plantea que la reclamación de indemnizaciones se lleve a cabo conforme a lo previsto en el artículo 24 de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal; el criterio precedente proviene de una norma que es producto de una reforma constitucional al artículo 113.

No obstante, la responsabilidad por violación a derechos humanos es un desarrollo de la doctrina internacional de ese derecho a partir de normas específicas contenidas en cuerpos jurídicos convencionales y en la costumbre jurídica internacional.

Cuando se produjo la legislación derivada del artículo 113 de la Constitución se propició la inclusión de los actos ilícitos de los servidores públicos en tanto violaciones a derechos humanos atribuibles al Gobierno como tal bajo la categoría de actividad administrativa irregular y por lo tanto como actos de naturaleza objetiva y directa. Téngase en cuenta que este es un camino legislativo incompatible con la protección adecuada de la persona frente a violaciones a derechos humanos porque alcanza a subsumir tales violaciones en categorías normativas como la prevista en el artículo 3 de la Ley local al respecto, cuya caracterización pone de manifiesto que en ella no caben, por su naturaleza, las violaciones a los derechos humanos, el texto del artículo en cuestión es el siguiente:

Artículo 3.- Para efectos de esta Ley se entenderá por:

i. Actividad administrativa irregular: aquella que cause daño a los bienes y derechos de los particulares, siempre que se sea consecuencia del funcionamiento irregular de la actividad o servicios públicos, que no se haya cumplido con los estándares promedio de funcionamiento de la actividad o servicio público de que se trate y que exista la relación causa efecto entre el daño ocasionado y la acción administrativa irregular imputable a los entes públicos;

[...]

La naturaleza de la actividad administrativa irregular tiene como fuente un funcionamiento irregular de una actividad o servicio público y no la transgresión de normas que prohíben actos u omisiones.

Los supuestos de violaciones a derechos humanos provenientes de la inobservancia de deberes de cuidado en materias como el medio ambiente o la salud, podrían compartir algunos de sus elementos con la definición de actividad administrativa irregular, sin embargo, ante violaciones a derechos humanos la responsabilidad del Estado no es en ningún caso ni objetiva ni directa; es una especie de responsabilidad en la cual hay reproche a diferencia de la responsabilidad objetiva. El criterio de legitimación de la responsabilidad objetiva es la solidaridad social encarnada en el Estado, la responsabilidad por violación a derechos humanos, así sea que se trate de los casos recién señalados, conlleva un reproche y una condena al Estado. En consecuencia, la aberración de incluir los supuestos de responsabilidad por violaciones a derechos humanos como casos de responsabilidad directa y objetiva tiene por objeto evitar el reproche y la condena que conlleva el acto recominatorio de un organismo nacional de protección de derechos humanos, de un organismo internacional de carácter convencional o no y desde luego el contenido y alcance condenatorio de los fallos de la Corte interamericana.

Por mandato del artículo 1° constitucional, es deber de todas las autoridades del país promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y, en consecuencia, el Estado deberá reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

No hay duda que este precepto ha producido un cambio de criterio respecto de la norma constitucional que regula la reparación de violaciones a derechos humanos, la cual claramente es el precepto invocado y no el artículo 113, segundo párrafo de la Constitución. Prueba contundente de ello es que el régimen de transitoriedad del Decreto de 10 de junio de 2011 en el que se contiene la reforma que se analiza, dispone en el artículo segundo que la ley a que se refiere el tercer párrafo del artículo 1° constitucional sobre reparación deberá ser expedida en un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigor del presente Decreto. Debido a que el contenido de los derechos humanos no solo está en el texto de la Constitución sino en el de los Tratados internacionales y debido a que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que las sentencias emitidas por la Corte Interamericana de derechos humanos son vinculantes en sus términos cuando el Estado mexicano fue parte en el litigio, es concluyente que los criterios de reparación contenidos en las sentencias que ha emitido la Corte interamericana contra el Estado mexicano son vinculantes y en esos criterios la naturaleza de la reparación tiene un contenido que rebasa lo previsto en el artículo 14 de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal que indica:

Artículo 14.- En los casos en que la autoridad administrativa o la jurisdiccional determinen con los elementos que hayan tenido a la vista en los respectivos procedimientos, que la actuación de los Entes Públicos causantes del daño reclamado, hubiese sido irregular de acuerdo a los estándares promedio de funcionamiento de la actividad administrativa de que se trate; o bien, si la actuación del servidor público resulta manifiestamente deficiente o ilegal, la indemnización deberá corresponder a la prevista en este artículo como reparación integral. Las indemnizaciones comprenderán el pago del daño emergente, lucro cesante o perjuicio, resarcimiento por daño personal y moral, según los resultados de la actividad administrativa irregular y el daño producido a los bienes o derechos del particular.



La lectura de cualquiera de las sentencias de los casos contra México permite observar que el contenido de las reparaciones incluye elementos muy diversos que se relacionan con la función de esa figura en el derecho internacional público, cuando se trata de violaciones a derechos humanos y no existe ninguna posibilidad de compatibilizar los restringidos criterios del artículo citado porque estos solo se refieren a una subcategoría que es la indemnización.

Con motivo de la resolución que recayó a la Acción de Inconstitucionalidad 121/2008, promovida por la Comisión de Derechos Humanos del D.F., la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluyó que el artículo 24 de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal no debe de ser declarada inválida, sin embargo los argumentos que utilizó en su momento la Suprema Corte no fueron los que ahora se analizan a la luz de la reforma constitucional, ya que esa Acción es del año 2008 y se resolvió hacia finales del 2010. Sin embargo el voto particular del Ministro Juan N. Silva Meza llegó a considerar que al dejar de reconocer el peso ejecutivo de las recomendaciones, representa un acto regresivo en la protección de los derechos humanos de las personas y dijo también: recordemos que el régimen de protección se integra también con los mecanismos de reparación que se ajusten a estándares internacionales. El Ministro Silva Meza concluyó que la



regresión representa un incumplimiento de las obligaciones que el Estado Mexicano ha asumido en materia de derechos humanos.

Hoy día el sentido y alcance del criterio sostenido por la Suprema Corte en la Acción de Inconstitucionalidad referida es insostenible a la luz de la reforma del artículo 1° constitucional y de los criterios establecidos por la propia Corte en el expediente Varios 912/2010, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de octubre de 2011 y las diferentes tesis que se derivaron del mismo, de las cuales se desprenden que la doctrina de la Corte Interamericana de derechos humanos en materia de reparaciones, por violaciones a los derechos humanos, debe incluirse en la legislación mexicana y cuando no lo esté debe procederse al control de convencionalidad *ex officio* que en la parte conducente dispone el deber de interpretar las normas en materia de derechos humanos bajo el principio pro persona.²⁷¹ En la Tesis número LXX/2011 (9a) (Pleno) se estableció que:

Todas las demás autoridades del país en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de aplicar las normas correspondientes haciendo la interpretación más favorable a la persona para lograr su protección más amplia, sin tener la posibilidad de inaplicar o declarar su incompatibilidad.

Las reflexiones precedentes permiten concluir que debe emitirse una ley en materia de reparación por violación a derechos humanos. También debe dilucidarse la cuestión relativa a la naturaleza de la ley en razón del sistema federal de competencias constitucionales en materia legislativa.

En tanto no exista la legislación derivada del deber de reparación establecido en el artículo 1° de la Constitución, debe interpretarse que las recomendaciones de los organismos protectores de derechos humanos que sean aceptadas contienen los criterios de reparación en materia de violación a derechos humanos y por lo tanto los órganos o Poderes Ejecutivos federal y locales deberán tomar resoluciones de carácter general para cumplir con el mandato constitucional en tanto existe la legislación específica.

Las normas de carácter administrativo y general deberán reflejar el deber de reparar las violaciones a derechos humanos conforme al criterio internacional al que obliga en este caso la actividad jurisprudencial de la Suprema Corte, en virtud de que los criterios de la Corte interamericana contenidos en los casos contra México despliegan la doctrina de la reparación con unos contenidos y unos presupuestos normativos muy diferentes de los establecidos en la legislación por responsabilidad patrimonial del Estado, y porque la aplicación de estos últimos criterios resulta una desnaturalización de la razón de ser jurídica de los actos recomendatorios, en tanto la expresión de la convicción del órgano protector de derechos humanos, en el sentido de que se ha producido una violación de derechos y que ha emergido la responsabilidad estatal de reparar. Si las reparaciones son sometidas a los criterios de carga de la prueba que recae en la persona que pretende la reparación y a otras cargas procesales previstas en la legislación de responsabilidad patrimonial, simplemente se produce el desconocimiento total de la autoridad del acto recomendatorio, máxime cuando es aceptado y se deja dicho acto sin ningún valor de justicia por la víctima de la violación. Como se puede concluir, el criterio de la Consejería Jurídica es intolerable con la razón de ser constitucionalmente de los organismos protectores de derechos humanos.

²⁷¹ Tesis Número LXVIII/2011) (9a) (Pleno).

VII. Obligación del Estado de reparar los daños ocasionados por la violación a derechos humanos

El artículo 1° Constitucional establece en su párrafo tercero que:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación 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.

En el presente caso ha quedado acreditada la violación a los derechos humanos de las y los agraviados, cometida por las autoridades señaladas como responsables en esta Recomendación. En congruencia con el orden jurídico nacional e internacional, la violación a derechos humanos obliga a la autoridad responsable a reparar a las víctimas.

En el ámbito internacional, el deber de reparar a cargo del Estado ante violaciones a derechos humanos está previsto entre otros en los "Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones". Al respecto, de acuerdo con los citados Principios:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario [...]²⁷²

La Corte Interamericana ha establecido que la obligación de reparar:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.²⁷³

Además, en su jurisprudencia dicho Tribunal ha establecido lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

²⁷² Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Principio número 15.

²⁷³ Corte IDH, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, *Op. Cit.* Párrafo 208; Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144. Párrafo 295.



Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]²⁷⁴

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe al tribunal internacional determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones [...]²⁷⁵

Por su parte, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en su artículo 46, establece que:

Concluida la investigación, el Visitador correspondiente formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o Acuerdo de No Responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos han violado o no los derechos humanos de los afectados [...]

En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

En el ámbito de los derechos humanos se ha considerado que la reparación por excelencia es la —*restitutio in integrum*—, que consiste en el restablecimiento de las cosas al estado en el que se encontraban antes de la violación perpetrada.²⁷⁶

No obstante, en casos como en el presente en que la afectación al proyecto de vida, salud e integridad personal en perjuicio de las víctimas impide, por los daños ocasionados, restablecer la condición que guardaba antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, hace necesaria la discusión de otras formas a través de las cuales puede repararse. Estas modalidades son las siguientes:

VII.1. Indemnización

La indemnización como forma de reparación del daño debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas de derechos humanos, tales como los siguientes: a) el daño físico o mental; b) la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) los perjuicios morales; y e) los

²⁷⁴ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125. Párrafo 193.

²⁷⁵ *Ibidem*. Párrafo 182.

²⁷⁶ Corte IDH. Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala. Reparaciones y costas. Sentencia de 22 de febrero 2002, serie C, No. 91. Párrafo. 39; Caso Velásquez Rodríguez v. Honduras. Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7. Párrafo. 27.

gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales.²⁷⁷

En el presente caso, la CDHDF recomienda a las autoridades, tal y como se establece en el apartado VIII, que se otorgue a manera de reparación del daño inmaterial una cantidad en dinero a las víctimas que se precisen. Asimismo, por concepto de daño material esta Comisión reconoce que se deberían cubrir los gastos que las víctimas hayan efectuado, entre otros, por concepto de estudios médicos, medicamentos, equipo médico, gastos funerarios y pago de abogados.

VII.2. Rehabilitación

Ésta debe incluir la atención médica y psicológica, y los servicios jurídicos y sociales. En el presente caso, la Secretaría de Salud deberá otorgar el apoyo psicológico a las víctimas que lo ameriten y que así lo deseen; igualmente, será necesario que se les incluya en programas sociales, por ejemplo, programas de salud, becas escolares y otros.

VII.4. Garantías de no repetición

Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la violación no se repitan.²⁷⁸

Como garantías de no repetición, la Secretaría de Salud deberá dar vista a su Órgano Interno de Control sobre los hechos que originan los expedientes de queja para que en su caso se determine el inicio del procedimiento administrativo correspondiente.

Además, se hace necesaria la elaboración de un protocolo de atención obstétrica que rija la actuación de los médicos en los hospitales del Gobierno del Distrito Federal y la revaloración del manual de referencia y contrareferencia.

Por otro lado es necesaria la realización de estudios de satisfacción entre las usuarias, además la garantía de los servicios de salud como equipo en óptimas condiciones, material médico y personal suficiente.

En ese sentido, se concluye que las autoridades identificadas como responsables por sus actos u omisiones en virtud de las cuales violaron derechos humanos en los casos que se presentan en la Recomendación, tienen la obligación reparar a las víctimas.

En razón de lo antedicho y tomando en consideración que de los daños causados a las víctimas se desprenden violaciones a sus derechos ocasionados por el retraso en el diagnóstico e incorrecta atención médica, atribuibles a Servidores Públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; con fundamento en los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos

²⁷⁷ Cfr. Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional, Op. Cit. Artículo 20.

²⁷⁸ Corte IDH. Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70. Párrafo 40.



Mexicanos; 1, 17 fracción IV, 22 fracción IX y XVI y 46 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal así como 1 y 140 de su Reglamento Interno, la CDHDF,

VIII. Recomendación

Al Secretario de Salud del Distrito Federal:

Indemnización:

Primero. En un plazo que no exceda de un año contado a partir de la aceptación de la Recomendación, otorgue una indemnización en dinero, a manera de reparación del daño inmaterial a cada una de las víctimas que se precisa en la tabla que se anexa [Anexo B], la cual esta Comisión ha fijado en trescientos mil pesos [\$300,000.00]. Asimismo, en un plazo que no exceda de un mes contado a partir de la aceptación de la Recomendación, por el daño material causado, indemnice a las víctimas por los conceptos que se precisan en la tabla que se anexa [Anexo B].

VI.2. Medidas de rehabilitación

La SSDF realizará, a partir de la firma del acuerdo de conciliación, a través de las diversas áreas, las acciones que en el ámbito de sus competencias sean conducentes para que se lleven a cabo las medidas de reparación que se precisan a continuación y que se esquematizan en la tabla que se anexa [Anexo "A"]

Segundo. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se les incluya a las y los agraviados al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal, que carecen de Seguridad Social Laboral; para lo cual deberán orientar a las y los peticionarios sobre los requisitos que se establecen en las Reglas de Operación, para que se les proporcione cédula de afiliación familiar que los acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los Servicios de Salud y las Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.

Tercero. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación se deberá ofrecer a las agraviadas de los casos que se señalan, el tratamiento psicológico necesario; en los Centros de Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal que cuenten con este servicio, previa valoración para determinar el nivel de atención que se requiera.

Cuarto. En un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación, en los casos que se señalan en el anexo, la SSDF a través del área responsable de Atención a los Derechos Humanos, realizará los trámites interinstitucionales correspondientes a fin de incluir a las y los agraviados en programas sociales del Distrito Federal, que corresponda, para lo cual deberán orientar a las y los peticionarios a para que puedan acreditar los requisitos que exige la ley. Se deberá



designar a un funcionario a fin de que coordine y brinde el acompañamiento a las y los agraviados cuando sean citadas(os) por las instituciones a las que se haya solicitado la incorporación al programa social correspondiente; asimismo, realizará el seguimiento de los trámites de incorporación, informando a la CDHDF.

Sobre otras medidas de reparación, en un plazo que no exceda de 15 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación:

Quinto. En el caso "A" se deberá brindar el apoyo y opciones necesarias a la agraviada a fin de que si es su deseo someterse a la intervención quirúrgica que requiere, ésta se dé en condiciones de dignidad para ella y para su hijo. Para lo anterior, se seguirá brindando la atención médica en el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez", a efecto de que se revalore por profesionales de la salud adscritos a la SSDF, quienes informarán de manera clara e objetiva las opciones de terapéutica, para que decida de manera libre el tratamiento a seguir. Comprometiéndose la SSDF a que será atendida en las mejores condiciones de acuerdo a sus capacidades e infraestructura.

Para el caso de la atención del niño, la SSDF brindará la atención médica en apego a la Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal, que carecen de Seguridad Social Laboral, una vez que sea inscrito al Programa. Por lo cual la Secretaría, en un plazo que no exceda de 10 días hábiles contados a partir de la aceptación de la Recomendación deberá informar a la agraviada los trámites a realizar para la incorporación de su hijo a dicho programa.

Sexto. En los casos "H" y "L", la SSDF brindará la atención médica por profesionales de la salud preparados de acuerdo a las necesidades de su estado de salud, para lo cual se les proporcionará la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para establecer las condiciones para un siguiente embarazo.

La Secretaría de Salud deberá brindar la atención en las mejores condiciones de salud, de acuerdo a las disposiciones de la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del recién nacido y al Programa Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal, así como respetando la decisión de la mujer para tener un parto humanizado.

Asimismo, el Área de la Atención de los Derechos Humanos en la SSDF informará a la CDHDF de las citas programadas, a fin de que personal médico de la misma acompañe en esa revisión a la paciente, previa autorización por escrito de ésta, respetando siempre la relación médico-paciente.

Séptimo. En el caso "F" la SSDF realizará las gestiones conducentes para que se continúe su atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación; el Área Responsable de la Atención de los Derechos Humanos de la Secretaría de Salud, deberá realizar las gestiones conducentes a efecto de solicitar al mencionado Instituto se valore la condición socio-económica de la familia para que de considerarse procedente se otorguen los servicios médicos de manera gratuita, hasta que ésta sea dada de alta; o bien, la SSDF reembolse



los gastos de las consultas y de los estudios que se requieran y que estén relacionados con la mala atención médica al momento de su nacimiento.

- Octavo.** En los casos "D" y "M" la SSDF brindará la atención médica por personal profesional de la salud de acuerdo a las necesidades de su estado de salud, para lo cual se les brindará a los padres o tutores la información completa sobre el diagnóstico pronóstico y tratamiento. Asimismo, se deberá supervisar su desarrollo escolar para descartar algún tipo de daño. La SSDF brindará la atención en las mejores condiciones de salud de acuerdo a su capacidad e infraestructura; asimismo, en términos de la Ley General de Salud, así como de su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y del Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrareferencia de Derechohabientes o Usuarios de la SSDF, en su caso, realizará las gestiones conducentes para su canalización al nivel de atención correspondiente.
- Noveno.** En los casos D, E, F, M y P la Secretaría de Salud deberá realizar al amparo del presente instrumento recomendatorio, las gestiones conducentes para que a través del DIF DF se tramiten becas escolares a las niñas y niños, de acuerdo con la legislación aplicable, así como a los Programas que en el momento en el que las niñas y niños inicien su educación se tengan en el Gobierno del Distrito Federal; igualmente, en los términos de la legislación aplicable. Para lo anterior, la Secretaría deberá de designar a un servidor público

Garantías de no repetición

Como garantías de no repetición, la Secretaría de Salud deberá llevar a cabo, en el plazo que se especifica lo siguiente:

- Décimo.** En el plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la Recomendación, organice una reunión de expertos, con la participación de la sociedad civil y especialistas en el tema a fin de informar al personal médico, principalmente al que atiende mujeres embarazadas, sobre temas relacionados con el Parto Humanizado y sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como temas sobre derechos humanos y la atención de la salud.
- Undécimo.** En el plazo dos meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación la Secretaría de Salud deberá de diseñar e implementar estrategias de difusión dirigidas al personal de salud de los hospitales de la red con servicios de obstetricia, sobre temas relacionados con el Parto Humanizado; sin menoscabo del cumplimiento que los profesionales de la salud deban observar a la normatividad vigente para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, y de los criterios y procedimientos para la prestación del servicio de las usuarias de los servicios de salud, el trato cálido, respetuoso y sin discriminación. También se diseñaran carteles para que la población usuaria de los servicios de salud conozcan sus derechos y requisitos para su atención.
- Duodécimo.** Secretaría de Salud continuará implementando estudios de satisfacción a los y las usuarias de acuerdo al sistema Integral de Calidad, y en un plazo que no exceda de tres

meses a partir de la aceptación de la Recomendación, presentará a la CDHDF un informe de los resultados obtenidos en el presente año.

Decimotercero. De conformidad con la línea de acción 1194 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Secretaría de Salud deberá continuar con las gestiones conducentes que permitan satisfacer la demanda de atención en la Red de Hospitales de la SSDF, hasta el máximo de los recursos disponibles y de manera progresiva, en especial en los Hospitales Generales, de especialidades y los materno-infantiles, particularmente en el Hospital General Milpa Alta, Hospital General Ticomán, Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Hospital General Iztapalapa, Hospital General Xoco, Hospital General Balbuena, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital Materno Infantil Tiáhuac, Hospital Materno Infantil Inguarán, Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano", Hospital Materno Infantil Topilejo, Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, Hospital Pediátrico Tacubaya y Hospital Pediátrico de Coyoacán, señalados en el cuerpo de la Recomendación.

Para lo anterior, deberá de reportar a esta Comisión, en el plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la Recomendación, sobre las medidas que ha llevado a cabo para que el personal, equipo médico, medicamentos y otros insumos esenciales para la prestación del servicio de salud a las mujeres embarazadas, según la demanda de cada Hospital, sean suficientes para brindar la atención médica de forma que se cumplan los elementos de calidad, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad en los establecimientos de salud motivo de la Recomendación.

Decimocuarto. En un plazo que no exceda de seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación la Secretaría de Salud deberá de informar a esta Comisión, sobre las gestiones conducentes para garantizar el personal médico de base y de guardia suficiente según la demanda del servicio de conformidad con la línea de acción 1190 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, en los Hospitales Generales, de especialidades y los materno-infantiles, en especial en el Hospital General Milpa Alta, Hospital General Ticomán, Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Hospital General Iztapalapa, Hospital General Xoco, Hospital General Balbuena, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital Materno Infantil Tiáhuac, Hospital Materno Infantil Inguarán, Hospital Materno Infantil "Dr. Nicolás M. Cedillo Soriano", Hospital Materno Infantil Topilejo, Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, Hospital Pediátrico Tacubaya y Hospital Pediátrico de Coyoacán, de manera particular en las especialidades de ginecología, obstetricia y pediatría.

Decimoquinto. La Secretaría de Salud continuará aplicando los procedimientos normativos institucionales que permiten que, en el caso de usuarias que se encuentran con datos de emergencia obstétrica en algún hospital de la red de salud del Distrito Federal, que no puedan ser atendidas debido a la saturación que se presente en la unidad médica, se implementen las acciones necesarias a fin de que sea referida bajo responsabilidad del hospital a otro hospital con infraestructura adecuada para garantizar el derecho a la salud de las mujeres. Lo anterior, en apego a las políticas y normas de operación del Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrareferencia de Derechohabientes o Usuarios, vigente; así como al amparo del Convenio General de Colaboración



Interinstitucional para la atención de emergencias obstétricas. Asimismo, en un plazo que no exceda de tres meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se deberá prever un mecanismo de supervisión, tal y como lo marca la línea de acción 1384 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Decimosexto. En un plazo que no exceda de un mes contado a partir de la aceptación de la Recomendación, de conformidad con la línea de acción 1195 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Secretaría de Salud informará sobre las acciones que se han realizado para fortalecer y eficientar el Modelo Operativo de los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión.

De conformidad con los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 de su Reglamento Interno, se hace saber a las autoridades a las que va dirigida esta Recomendación que disponen de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se les notifique, para que manifiesten si la aceptan o no, en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepten, se les notifica que dispondrán de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponían para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Así lo determina y firma,



El Presidente de la Comisión de Derechos
Humanos del Distrito Federal
Luis Armando González Placencia

C.c.p. Lic. Marcelo Luis Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal. Para su conocimiento.



Fe de erratas

La página 77 del documento de Recomendación 15/2012 dice:

VI.2. Medidas de rehabilitación

La SSDF realizará, a partir de la firma del acuerdo de conciliación, a través de las diversas áreas, las acciones que en el ámbito de sus competencias sean conducentes para que se lleven a cabo las medidas de reparación que se precisan a continuación y que se esquematizan en la tabla que se anexa [Anexo "A"]

Siendo que debía decir:

Medidas de rehabilitación

La SSDF realizará, a partir de la aceptación de la Recomendación, a través de las diversas áreas, las acciones que en el ámbito de sus competencias sean conducentes para que se lleven a cabo las medidas de reparación que se precisan a continuación y que se esquematizan en la tabla que se anexa [Anexo "B"].

