



# Recomendación 3/2015

## Expedientes:

- A. CDHDF/III/121/AO/09/D1320
- B. CDHDF/III/122/TLAH/09/D3844
- C. CDHDF/III/122/GAM/09/D4655
- D. CDHUN/III/122/GAM/11/D7187
- E. CDHDF/III/122/MC/12/D0536
- F. CDHDF/III/122/VC/12/D1081
- G. CDHDF/III/122/TLAH/12/D5551
- H. CDHDF/III/121/GAM/12/D6186
- I. CDHDF/III/121/TLAL/12/D7656
- J. CDHDF/III/122/IZTP/13/D0935
- K. CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015
- L. CDHDF/III/121/GAM/13/D4569
- M. CDHDF/III/121/CUAUH/13/D6468
- N. CDHDF/III/122/CUAJ/13/D6882
- Ñ. CDHDF/III/121/GAM/13/D7631
- O. CDHDF/III/122/GAM/14/D0431
- P. CDHDF/III/122/VC/014/D1108
- Q. CDHDF/III/122/GAM/14/D5848
- R. CDHDF/III/122/IZTP/14/D6353
- S. CDHUO/III/122/IZTP/14/D6747
- T. CDHDF/III/122/VC/14/D6887
- U. CDHDF/III/122/VC/15/D0409
- V. CDHDF/III/121/VC/15/D1068

## Caso:

Falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimientos innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos.

## Personas peticionarias:

- Investigaciones iniciadas de oficio;
- Personas usuarias, y familiares de las usuarias de los servicios de salud materna del Distrito Federal.



**Personas agraviadas:**

- Mujeres embarazadas usuarias que requirieron servicios de salud materna del Distrito Federal.
- Niñas y niños, recién nacidos (as), usuarios (as) de los servicios de salud del Distrito Federal
- Familiares de las mujeres usuarias que solicitaron servicios de salud materna del Distrito Federal.

**Autoridad responsable:**

Secretaría de Salud del Distrito Federal.

**Derechos humanos violados:**

- I. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia
- II. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal
- III. Derechos de las niñas, niños y adolescentes, en particular de las adolescentes embarazadas, y
- IV. Derechos sexuales y reproductivos en conexidad con los derechos a la vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductiva e integridad personal

**Proemio y autoridades responsables**

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 28 de mayo de 2015, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes citados al rubro, la Tercera Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal formuló el proyecto que, aprobado por la suscrita, en términos de lo establecido por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, 3, 5, 6, 17 fracciones I, II y IV; 22 fracciones IX y XVI; 24 fracción IV; 46, 47, 48, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos, así como en los artículos 82, 119, 120, y 136 al 142 de su Reglamento Interno, constituye la Recomendación **3/2015** que se dirige a la autoridad siguiente:

**Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal**, conforme a lo dispuesto por los artículos 15, fracción II, 16, 17, 29 fracciones I, II, III, IV, V, VIII y IX de la Ley Orgánica de la



Administración Pública del Distrito Federal, y 24 fracciones I, III, V, VII, VIII, X, XI, XV, XVI y XVII de la Ley de Salud del Distrito Federal.

### **Confidencialidad de los datos personales**

De conformidad con los artículos 6°, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución, 4, fracción II, VII, VIII, XV, 36, 37, fracción II, y 38, fracción I, de 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 personas peticionarias y agraviadas relacionadas con la 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.

En términos de lo dispuesto por los artículos 4°, párrafo sexto, 6°, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 16, de la Convención sobre los Derechos del Niño, los nombres, apellidos y demás datos personales de las niñas, niños y adolescentes vinculados en los casos, se mantienen bajo la más estricta confidencialidad en pleno respeto de su vida privada.

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**

##### **Caso A. Expediente CDHDF/III/121/AO/09/D1320**

El 20 de febrero del 2009, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada A), de 23 años de edad, acudió al Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante, Sedesa) debido a que cursaba por su primer embarazo y estaba próxima a dar alumbramiento, pero no fue atendida. Regresó al día siguiente (21 de febrero) y después de esperar varias horas, fue recibida esperando a que tuviera mayor dilatación. Dieciocho horas después de su ingreso, se le realizó una cesárea (22 de febrero de 2009) y nació sana su hija.

Desde que salió del quirófano, la persona agraviada A presentó variaciones en la presión arterial, así como otras complicaciones en su salud. Sin embargo, el personal de salud del referido nosocomio no le proporcionó el adecuado seguimiento a la condición que presentaba, lo que causó que se le realizara una segunda cirugía para extirparle la matriz, extinguiendo con ello su capacidad reproductiva.

Durante el tiempo que la persona agraviada A estuvo ingresada en el referido nosocomio para su atención le realizaba constantemente revisiones sin su autorización, asimismo le decían comentarios inadecuados, entre ellos: *"ay siempre hacen lo mismo, las preparamos y ya cuando ven la de a de veras corre todo el mundo"*, *"usted ya no va a volver a tener hijos"*.



Por las omisiones en la atención médica de la persona agraviada A, en que incurrió el personal del Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Sedesa, el Órgano Interno de Control de esa Secretaría determinó imponerles sanciones a cuatro médicos y médicas.

### **Caso B. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/09/D3844**

La persona peticionaria y agraviada (en adelante, la persona agraviada B), de 23 años de edad, en el año 2009 cursaba una segunda gestación, motivo por el cual asistía a revisiones al Centro de Salud de Zapotitlán, Tláhuac, en donde llevaron el control de su embarazo. Ella le presentó al doctor que la atendía los estudios de laboratorio privado que se había realizado, en éstos se concluía que presentaba exceso de líquido amniótico en relación con la edad gestacional. Sin embargo, no recibió atención respecto a ello y en el expediente clínico se anotó que cursaba con un embarazo normal.

El 14 de mayo de 2009, la persona agraviada B se presentó en el citado centro de salud refiriendo que tenía secreción vaginal. Personal médico confirmó ese hecho, asentando que era de color café no fétido y le prescribió a la paciente unos óvulos. Asimismo, determinó que tenía una edad gestacional de 27.5 semanas y se presentaba una frecuencia cardíaca fetal de 144x.

El 15 de mayo de 2009, la persona agraviada B acudió nuevamente a ese centro de salud porque continuaba presentando salida de líquido transvaginal. En esa ocasión, el médico que la atendió determinó que cursaba con un embarazo de 32 semanas de edad gestacional y que se tenía una "frecuencia fetal de 120 x", al tacto vaginal con abundante flujo café y cuello cervical cerrado", otorgándole un pase para el Hospital Materno Infantil de Tláhuac de la Sedesa. Acudió y se le realizó una cirugía de urgencia (cesárea), pero el producto nació sin vida, lo cual le fue informado a la paciente de manera abrupta, por lo que se alteró y gritó. En ese momento el personal de salud le indicó que se callara porque iba a asustar a las demás pacientes. La persona agraviada B solicitó ver a su hijo, pero se lo negaron.

Personal de salud del referido nosocomio, le dijo a la persona agraviada B, que ella (la paciente) era la responsable de la muerte del producto de la gestación, ya que no se había cuidado durante el embarazo, por lo que ya no iba a poder tener más hijos. No le informaron la causa de fallecimiento de su hijo pero le solicitaron que donara el cuerpo para estudiarlo. Durante el tiempo que permaneció hospitalizada, el personal de salud le peguntaba el motivo por el que estaba allí y por su bebé, fastidiada por los recurrentes cuestionamientos del personal, contestaba que revisaran el expediente clínico, a lo que respondían gritando: "te estoy preguntando a tí". Asimismo, personal de enfermería le decía: "a veces ese tipo de situaciones se dan para que puedas ser una mejor mamá, porque hay personas que no saben ser madres."

Durante la cirugía, personal médico del Hospital Materno Infantil de Tláhuac identificó que la persona agraviada B presentó polihidramnios [cantidad excesiva de líquido amniótico en relación con la edad gestacional]. Fue egresada el 19 de mayo de 2009.

### **Caso C. Expediente CDHDF/III/122/GAM/09/D4655**

La persona agraviada (en adelante, la persona agraviada C) de 22 años de edad, a las 13:40 horas del día 18 de julio de 2009, ingresó al área de urgencias del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, con sangrado vaginal moderado. Durante la revisión, dos médicos residentes no se ponían de



acuerdo con el diagnóstico y le realizaron tres tactos para concluir que la salida del líquido era sangre diluida. Posteriormente fue revisada por otra médica residente, quien le realizó otro tacto y llenó unos papeles, informando que continuaba presentando sangrado por lo que se trataba de un aborto inevitable de 21 semanas de gestación con ruptura de membranas y sangrado transvaginal. Iniciándose en manejo del aborto inevitable prescribiendo el suministro de ampicilina. La madre de la agraviada (en adelante, la persona agraviada C1), observó que a su hija le colocaron suero y firmó como familiar responsable de la paciente.

A las 16:45 horas del 18 de julio de 2009, se le suministró a la persona agraviada C Oxitocina<sup>1</sup>, duplicándose la dosis a las 19:00 horas. Sin embargo, no abortó al producto.

Aproximadamente a las 18:00 horas de ese día, una doctora informó a la persona agraviada C1 que su hija había tenido una ruptura prematura de las membranas siendo el sangrado secundario, por ese motivo le aplicarían medicamento para inducir la expulsión del producto de la gestación.

A las 22:00 horas, aproximadamente, la médica referida reiteró a la persona agraviada C1 el diagnóstico anterior, precisándole que el proceso de inducción para el aborto era largo y que el producto no tenía posibilidad de sobrevivir, recomendándole que se retirara a descansar, ya que el aborto sería prolongado y que de ser necesario, la llamarían.

El 19 de julio de 2009, a las 7:30 horas, aplican otra dosis de 20u de Oxitocina y una tableta de Misoprostol<sup>2</sup> sublingual.

El mismo día, 19 de julio de 2009, aproximadamente a las 11:00 horas, otro médico informó a la persona peticionaria C que su hija continuaba en inducción de trabajo de aborto. A las 16:00 horas del 19 de julio de 2009, la persona peticionaria C vio a su hija, quien le informó que cuando le aplicaron el medicamento sintió contracciones, las cuales habían aminorado.

A las 22:30 horas del 19 de julio de 2009, la persona agraviada C telefónicamente solicitó a la persona agraviada C1, que se presentara en el hospital. Al llegar, la persona agraviada C1, un médico le comunicó que se habían equivocado en el diagnóstico de su hija y, por tanto, en el tratamiento; que el corazón del producto latía y había movimientos fetales, por lo que habían cancelado el trabajo de inducción de aborto, prescribiéndole otro medicamento para inhibirlo y que le realizarían estudios. La persona agraviada C, fue egresada del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac el 23 de julio de 2009.

Durante su estancia en el Hospital el personal de salud le hizo recurrentemente comentarios irónicos, descalificadores y burlones sobre su comportamiento; también fue criticada por llorar, por manifestar su dolor y por preguntar.

El 30 de julio de ese año, la persona agraviada C ingresó con dolor obstétrico al Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indicándole tratamiento para inhibir el

<sup>1</sup> Medicamento que durante el embarazo induce contracciones uterinas y por lo tanto tienen un potencial abortivo.

<sup>2</sup> Medicamento usado para la interrupción del embarazo durante el segundo o tercer trimestre que implique anomalía fetal o muerte fetal.



alumbramiento y antibióticos. No obstante el trabajo de parto evolucionó y se obtuvo producto sin vida a las 02:03 horas.

#### **Caso D. Expediente CDHUN/III/122/GAM/11/D7187**

El 31 de julio de 2011, aproximadamente a las 10:00 horas, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada D), acudió al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc porque tenía contracciones. En ese lugar, fue atendida por un médico general, quien le realizó un tacto y le dijo que le faltaban tres semanas para llegar a término, pese a que ella le mostró el ultrasonido que indicaba que su bebé ya estaba a punto de nacer. Sin embargo, el médico no prestó atención y le prescribió un medicamento para inhibir el trabajo de parto (Indometacina).

A las 20:00 horas del 31 de julio de 2011 la persona agraviada D, regresó al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, debido a que continuaba con dolor abdominal. En esa ocasión fue auscultada por personal de salud —entre ellos el médico general que la atendió por la mañana— y le informaron que presentaba 10 centímetros de dilatación. Una médica asentó que la paciente era poco o nada cooperadora. Después de dos horas fue ingresada a quirófano para la realización de una cirugía de cesárea, momento en que ella indicó a los médicos que ya no sentía a su hija. La hoja de consentimiento informado para ese procedimiento quirúrgico fue signada por la pareja de la persona agraviada D.

A las 00:05 horas del 1 de agosto de 2011, nació la hija de la persona agraviada D con asfisia severa, pues se tardó en respirar alrededor de 8 minutos. Sin embargo, el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc no contaba con los servicios de laboratorio, ni de gabinete, necesarios para el diagnóstico, control y seguimiento de la recién nacida, por lo que fue referida para su atención al Hospital Pediátrico de Iztacalco, dieciocho horas después del nacimiento (20:30 horas), donde le diagnosticaron daño cerebral severo por falta de oxígeno al nacer (encefalopatía hipóxico isquémica), egresándola a los diez días.

#### **Caso E. Expediente CDHDF/III/122/MC/12/D0536**

La persona agraviada (en adelante, la persona agraviada E), originaria de una comunidad indígena del Estado de Guerrero, cursaba su segunda gestación en el año 2011. Su control de embarazo lo realizó en el Centro de Salud San Nicolás Totolapan de donde fue referida al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, el 15 de diciembre de 2011 para recibir la atención de su parto. En ese Hospital no fue atendida por falta de cupo y fue nuevamente referida al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras. El 3 de enero de 2012, fue valorada por personal de salud, quien al revisar los signos vitales de su hijo, le informó que su embarazo iba normal. También le indicó que debido a su baja estatura era recomendable que se le practicara una cesárea. El médico la programó para el día siguiente, 4 de enero de ese año, y le sugirió que para aprovechar, se practicara la salpingoclasia (procedimiento quirúrgico para inhibir el embarazo), *"para que ya no tuviera más hijos y sólo se dedicara a gozar"*.

El día 4 de enero de 2012, la persona agraviada E acudió al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras para que se le realizara la cesárea. Al principio, entre 4 y 5 médicos residentes no se ponían de acuerdo para determinar la atención que le darían. Mientras, otro médico —con palabras altisonantes y en voz alta— se quejaba porqué le enviaban más cesáreas y por la falta de cirujanos.



Finalmente, se le informó que su hijo aún estaba muy pequeño, que le faltaban dos semanas, indicándole que se regresara a su casa, ella manifestó su desacuerdo y una médica le dijo que le practicaría un ultrasonido para corroborar si coincidían las semanas de gestación, mientras el médico encargado le dijo que si quería le realizaba ese día la cesárea bajo su responsabilidad ya que el bebé nacería prematuro o mal.

Durante la realización del ultrasonido, la persona agraviada E preguntó a la doctora si estaba todo bien, pero ésta permaneció callada y sólo le dijo: *"su doctor le explicará"*. Cuando regresó al lugar en el que estaban los médicos, notó que éstos discutían su caso y el que le indicó que se regresara a su casa, le dijo que su hijo estaba muerto, ella preguntó que si se trataba de una broma a lo que el médico en tono burlón respondió *"que estaba joven y podía tener otro hijo"*.

Los demás médicos le preguntaron que desde cuándo no sentía los movimientos de su hijo y ella contestó que hacía dos semanas había acudido al área de urgencias de ese hospital debido a que sentía cólicos o contracciones y su vientre se endurecía, sin embargo, los médicos que la atendieron, le indicaron que los síntomas eran normales por estar cerca la fecha de parto. Ella manifestó que desde entonces, percibía distinto el movimiento de su hijo.

Finalmente, le aplicaron medicamento para iniciar el trabajo de parto. En el momento en que sintió como expulsaba el cuerpo del producto, dio aviso al personal de salud, quienes la atendieron y la llevaron a la sala de operaciones. Ahí las enfermeras no la ayudaron a pasarse de la camilla a la cama, a pesar de que parte del cuerpo de su hijo se encontraba afuera. Lloraba y al mismo tiempo sentía mucho dolor físico, el cual le provocaba que se encogiera; por ese motivo, una enfermera la tomó fuertemente de los brazos, se los jaló hacia arriba, ordenándole que permaneciera en esa posición, al mismo tiempo que le decía que no se alterara, que estaba joven y que podía tener otro hijo. Después de la expulsión del producto, solicitó que se lo mostrarán, pero se lo negaron. Luego fue sedada y cuando finalmente le enseñaron a su hijo lo vio congelado.

Por las condiciones físicas que presentaba el producto de la gestación al momento del alumbramiento, se presume que permaneció sin vida al menos 48 horas en el útero de la madre.

#### **Caso F. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D1081**

El 28 de febrero de 2011, la persona peticionaria y agraviada (en adelante, la persona agraviada F), primigesta de 21 años de edad, aproximadamente a las 02:30 horas, solicitó la atención de su parto en el Hospital Materno Infantil Inguarán. La pasaron a una sala de espera, y después de cuatro horas llegó una doctora quien la atendió, le hizo un tacto vaginal y le dijo que todavía le faltaba, le indicó salir y regresar más tarde cuando se realizara el cambio de turno que era como a las nueve de la mañana.

Entró nuevamente al hospital, la llevaron a un consultorio en el que la atendió personal médico, la revisaron indicándole que tenía cuatro centímetros de dilatación por lo que el médico encargado determinó que se quedaría hospitalizada. En la sala de labor de parto, ella le comentó al doctor que su hijo traía el cordón umbilical enredado en el cuello y solicitó que le realizaran una cesárea. Pasaron alrededor de tres horas, su dolor iba en aumento y su hijo no podía nacer, por lo que solicitó nuevamente que se le realizara una cesárea, no obstante, los médicos y enfermeras le pidieron que siguiera intentando pujar para que el producto naciera. Después de un rato la llevaron a la sala de



expulsión donde un médico le oprimió el estómago y fue cuando su hijo nació a las 22:15 horas, siendo de 110 minutos el periodo expulsivo posterior a la dilatación completa. El recién nacido no lloró, por lo que ella preguntó a los médicos qué le sucedía al niño, respondiéndole que no respiraba. Luego se lo mostraron por unos segundos y la persona agraviada F observó que tenía unos tubos en la nariz. Finalmente se lo llevaron y a ella la trasladaron al área de recuperación.

El hijo de la persona agraviada F (en adelante, la persona agraviada F1), permaneció entubado y con un casco de oxígeno en el área de pediatría por 23 días. Después, le indicaron que tenía una hemorragia y que tendría secuelas que solo podrían determinarse con el tiempo. Actualmente, la persona agraviada F1 presenta un daño cerebral con un diagnóstico de microcefalia y espasticidad (cavidad craneal pequeña y daño muscular severo).

### **Caso G. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/12/D5551**

El 14 de agosto de 2012, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada G), de 32 años de edad, acudió al Hospital General de Tláhuac, para atención dado que cursaba con su segundo embarazo y presentaba contracciones. Fue atendida a las 21:35 horas, sin que en la valoración médica se mencionen las características de esas contracciones.

El 16 de agosto de 2012, la persona agraviada G, acudió nuevamente a ese nosocomio a donde fue ingresada a las 21:00 horas, determinándose por el ultrasonido que se le realizó que presentaba 41.5 semanas de edad gestacional.

Al día siguiente, 17 de agosto de 2012, la persona agraviada G presentó trabajo de parto en fase activa, alumbrando naturalmente a las 07:47 horas de ese día a producto único vivo del sexo masculino. Tres horas después, a las 11:20, se registró que personal de salud del referido nosocomio informó a la hija de la persona agraviada G, quien era menor de edad (17 años), del estado de gravedad de la paciente. Por su parte, en el expediente clínico, se registró que posterior al parto, la persona agraviada G presentaba palidez y bajo ritmo cardiaco, mientras que la nota de anestesia indica que ocurrió un desgarro vaginal y el personal de gineco-obstetricia no lo informó. Pese a lo anterior, no se esclarece el motivo por el que tuvo una pérdida inusual de sangre.

El 18 de agosto de 2012, la hija menor de edad de la persona agraviada G fue informada del fallecimiento de su madre.

En el acta de defunción se asentó que la persona agraviada G, falleció de choque hipovolémico, anemia aguda, sangrado post parto masivo extrauterino. La persona recién nacida fue egresada de dicho nosocomio sin ninguna complicación.

### **Caso H. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/D6186**

El 29 de septiembre de 2012, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada H), de 18 años de edad, acudió al Hospital General Ticomán referenciada del Hospital General Inguarán, para recibir atención de su parto. Del resultado de la auscultación resultó que presentaba contracciones uterinas de 4 horas de evolución y una presión arterial elevada de 140/90 milímetros de mercurio, así como frecuencia fetal de 145 latidos por minuto, pero personal médico de ese nosocomio sólo le dio cita abierta para urgencias y se le informaron los signos de alarma.



El 2 de octubre de 2012, la persona agraviada H, acudió de nuevo al Hospital General Ticomán, a pesar de que otra vez presentó presión arterial alta, personal médico le indicó que se fuera a caminar cuatro horas. Regresó poco antes de las cuatro horas debido a que tenía un intenso dolor en la zona lumbar. Cuando la revisaron le dijeron que “no encontraban” el latido cardiaco de su hija, por lo que le realizaron un ultrasonido que confirmó que el producto de la gestación ya no presentaba movimiento ni latido cardiaco. Le suministraron medicamento para inducir el trabajo de parto. Permaneció hasta las 19:00 horas del día siguiente con dolores [3 de octubre de 2012], pero no expulsó de forma natural al producto, por tal motivo le practicaron una cesárea, obteniéndose producto único femenino, sin vida.

Durante la atención hospitalaria de la persona agraviada H, le realizaron múltiples y dolorosos tactos. Asimismo, el personal de salud no le proporcionó información clara sobre las causas de la muerte de su hija. Mientras que permaneció en espera del alumbramiento, le indicaban que dejara de llorar. Posteriormente la Asistente de la Dirección de ese Hospital le pretendió imponer el uso de un método anticonceptivo, el dispositivo Intrauterino, y ante la negativa de esta, utilizó frases como “por eso les pasa lo que les pasa”, “por eso tienen hijos no deseados”.

Como resultado de la preeclamsia, la persona agraviada H continuó con presión arterial alta. No obstante, le retiraron todo tipo de medicamento y sólo la mantenían en cama, por lo que sus familiares solicitaron su alta voluntaria y la llevaron a un médico particular para continuar con la atención y los cuidados médicos.

#### **Caso I. Expediente CDHDF/III/121/TLAL/12/D7656**

La persona agraviada (en adelante la persona agraviada I), de 29 años de edad se presentó en el Hospital General Ajusco Medio de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el día 5 de enero de 2012 por la noche, en razón de presentar dolor abdominal y 41 semanas de gestación de su segundo embarazo, personal de salud la revisó y le indicó que no estaba dilatada, que regresara al día siguiente.

Aproximadamente a las 18:00 horas del día 6 de enero de 2012, se presentó nuevamente en el mismo Hospital, dado que presentaba contracciones frecuentes. En el área de Urgencias de ese lugar tiene ruptura de membranas con expulsión de líquido color café, pese a ello, no se toma ni se registra la frecuencia cardiaca fetal.

Transcurrieron tres horas desde que comenzó a filtrarse el líquido amniótico, aproximadamente a las 21:00 horas, un médico cirujano ingresó a la persona agraviada I al quirófano para practicarle una cesárea, sin embargo, la misma se retrasó por alrededor de 50 minutos más, dado que la anestesióloga tenía una complicación en otro quirófano. El hijo de la persona agraviada I (en adelante la persona agraviada I1), nació muerto a las 22:30 horas y ese médico le informó que el fallecimiento del producto de la gestación se debió a que éste se hizo del baño, absorbió ese líquido y se fue directo a sus pulmones. Al finalizar la cirugía, la persona agraviada I fue suturada con seda (sutura que no se debe emplear para la piel por reacción inflamatoria que provoca), presentando con posterioridad una infección en la herida.



Con motivo de los hechos, la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del Distrito Federal sancionó a personal de salud del Hospital General Ajusco Medio.

#### **Caso J. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D0935**

El 12 de febrero de 2013, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada J) de 19 años de edad, acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para su atención aproximadamente a las 20:00 horas, dado que cursaba con su primer embarazo de 26 semanas de edad gestacional y presentaba sangrado y convulsiones. Sin embargo, inicialmente le negaron la atención, bajo el argumento de que no había personal disponible que la recibiera, debido a que se estaba atendiendo otro evento obstétrico.

A las 20:25 horas de ese día, la persona agraviada J fue ingresada en ese nosocomio auscultándose por una médica ginecoobstetra y una médica general, se le encontró estable, sin dato de crisis convulsivas, cursando la fase latente de trabajo de parto, ruptura de membranas, con 3 centímetros de dilatación y con frecuencia cardíaca fetal de 118 latidos por minuto y mal pronóstico para el producto de la gestación. Sin embargo, no se aplican tocolíticos para atender el trabajo de parto pre término, ni se suministran corticoesteroides para promover la maduración pulmonar del producto de la gestión.

Estuvo más de nueve horas en observación de trabajo de parto, durante ese tiempo le suministraron diversos medicamentos y le aplicaron anestesia. Pese a la indicación por parte del médico encargado de vigilar la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, no existe registro clínico de que se le haya dado seguimiento. Dos horas después de que le administraron la raquea la trasladaron a quirófano, alumbrando a un niño sin vida, aproximadamente nueve horas después (a las 05:57 horas) del día 13 de febrero de 2013 y ante la falta de monitoreo, no es posible determinar en qué momento se produjo la muerte del producto de la gestación durante el trabajo de parto.

Ni a la persona agraviada J ni a sus familiares les informaron cuál era la condición que presentaba la paciente, el tratamiento a seguir, el pronóstico del producto ni las posibles complicaciones. Asimismo, no recibió atención psicológica después del parto, lo cual le ha impedido retomar su proyecto de vida.

#### **Caso K. CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015**

La persona agraviada (en adelante, la persona agraviada K) acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México *Dr. Belisario Domínguez* el 1 de febrero de 2013, para atención por parto. Ingresó a dicho nosocomio a las 12:00 horas. Fue revisada en el área de urgencias por un médico, quien le realizó un tacto vaginal pidiendo al "pasante" (médico en proceso de especialización), que lo acompañaba, que hiciera lo mismo "*mira toca*". Fue informada de que se quedaría hospitalizada y la llevaron a la unidad toco-quirúrgica. Se le diagnosticó ruptura precoz de membranas, fase latente de trabajo de parto con 4 centímetros de dilatación y una edad gestacional de 40 semanas.

Después de aproximadamente 7 horas, personal de salud le aplicó a la persona agraviada K oxitocina (hormona sintética que se administra para inducir el parto, aumentar la fuerza en de las contracciones, etcétera) y luego una médica le abrió el cuello uterino, diciéndole que era para ayudarla a que dilatara más rápido, pero sólo dilató ocho centímetros, por lo que personal médico



determinó realizarle una cirugía de cesárea al determinarse la presencia de sufrimiento fetal agudo. La cirugía se complicó dado que presentó sangrado abundante, debido a ello una médica ginecóloga le informó que tenían que quitarle la matriz porque si no moriría, personal que estaba en el quirófano le acercó una hoja en la que asentó su firma para dar autorización a que le practicaran una histerectomía (cirugía para extirpar el útero).

La persona agraviada K, permaneció 5 días ingresada en terapia intensiva; al esposo de la persona agraviada K (en adelante, persona peticionaria K) personal de salud le explicó que la cirugía consistió en extirpar el útero y asegurar las arterias que lo sostenían, procedimiento quirúrgico denominado coloquialmente "empaquetar". Después de la operación, el personal de salud de ese nosocomio comenzó a nombrar a la persona agraviada K "la empaquetada", cuando acudían a realizarle revisiones y veían el expediente le decían: "¡ah! usted es la empaquetada".

La persona agraviada K requirió de varias cirugías, por ello, requirió donantes de sangre. La persona peticionaria K se encargó de reunir y llevar a diversos familiares a donar, pero esa acción no se realizó dado que el referido nosocomio no contaba con el equipo necesario para procesar la sangre donada. Personal del citado hospital le informó que la sangre que se requería se localizaba en un hospital ubicado en la delegación Tlalpan, pero que no contaban con los medios para trasladarla en ese momento, por lo que la persona peticionaria K realizó el traslado con base en un documento y un contenedor que le entregó ese hospital, con lo cual se realizó el procedimiento de desempaquetamiento a la persona agraviada K.

Después de esa cirugía, la persona agraviada K presentaba temperatura elevada, hasta que un médico la revisó y determinó que se le diera un medicamento para inhibir la lactancia.

Durante el tiempo que estuvo hospitalizada la persona agraviada K recibió del personal de salud comentarios como: *"deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma"*. Cuando fue dada de alta, personal de enfermería retiró los puntos de la cirugía con una aguja por falta de instrumental para realizarlo, sin ponerse guantes ni cubre bocas.

Actualmente, la persona agraviada K presenta afectación a su estado psicoemocional y deterioro en su estado físico a causa del temor de acudir a los servicios públicos de salud.

#### **Caso L. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D4569**

La persona agraviada (en adelante, la persona agraviada L) de 17 años acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtepac de la Secretaría de Salud de Distrito Federal, el 5 de julio del 2013 a las 12:00 a.m., ya que presentaba dolores de parto. Es revalorada a 20:30 horas y se registra frecuencia cardiaca fetal de 148 x minuto, al tacto vaginal con cérvix, borrado 70%, dilatación de 4 cm, con membranas integras, le indican volver en 4 horas con signos de alarma obstétrica. A la 01:00 horas la ingresan a Tococirugía.

A las 06:20 horas del 6 de julio de 2013, nació el hijo de la persona agraviada L, con la atención de personal médico residente de segundo año, ya que no había personal especializado en ginecología, motivo por el cual no fue valorada por un médico encargado. En ese lapso, la persona agraviada L presentó una hemorragia obstétrica, pese a que era una persona menor de edad y cursaba un



embarazo de alto riesgo, el hospital no contaba en ese turno con personal para atender adecuadamente la emergencia.

El personal especializado se presentó hasta las 08:00 de ese día a pesar de que la paciente se reportaba grave y pendiente de transfusión sanguínea, pero no se contaba con banco de sangre en ese nosocomio. A las 10:00 horas fue trasladada al Hospital General La Villa, donde personal médico informó a la persona peticionaria L que la persona agraviada L presentaba desgarre de vagina, así como anemia por la pérdida de sangre.

El hijo de la persona agraviada L fue egresado aparentemente sin complicación alguna.

#### **Caso M. CDHDF/III/121/CUAUH/13/D6468**

El 2 de octubre de 2013, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada M) de 22 años, acudió al Hospital General Dr. Gregorio Salas para darle seguimiento a su último mes de embarazo y a esclarecer la fecha en que le practicarían su cesárea, en razón de que vive con VIH y para evitar riesgos, se debería evitar el nacimiento de su hijo por vía natural. En ese nosocomio, un médico ginecólogo le propuso someterse a una esterilización para evitar más embarazos. Asimismo, le indicó que con el ultrasonido que le había ordenado, verificaría lo de su pase para programarla.

En fecha posterior, durante una segunda visita a dicho ginecólogo éste le preguntó a la persona agraviada M si había pensado lo relativo al método anticonceptivo. La madre de ésta, quien se encontraba presente, indicó que el marido de su hija no estaba de acuerdo con ello y que su hija aun teniendo esa enfermedad, tenía todo el derecho a embarazarse. Dicho médico se molestó y se dirigió a la persona agraviada M, a quién le dijo *“esta es la primera y última vez que te veo, vienes en dos semanas para programarte o antes a urgencias”*, anotó en el carnet dicha indicación.

El 26 de octubre de 2013, aproximadamente a las 05:30 horas, la persona agraviada M acudió al Área de Urgencias del Hospital General Gregorio Salas Flores, porque presentaba trabajo de parto. En ese Hospital, personal de salud le indicó que aún no era tiempo para su parto, porque tenía 37 semanas de gestación y no tenía el cuello de la matriz abierto. Asimismo, le informó que si el producto nacía, éste tendría un problema respiratorio y sería prematuro. Además, le precisaron que no podía quedarse en el Hospital porque no había especialista que la atendiera, indicándole que se fuera a su casa y que en caso de continuar con el malestar, debería acudir al Hospital de la Mujer, al Hospital Materno Infantil Inguarán o al Hospital General de México.

Por lo anterior, la persona agraviada M se retiró de ese nosocomio, pero como seguía sintiéndose mal, se trasladó al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde fue atendida en razón de presentar trabajo de parto en fase activa. Su hijo nació por parto vaginal y deberá ser valorado sistemáticamente para descartar que adquirió VIH.

#### **Caso N. Expediente CDHDF/III/122/CUAJ/13/D6882**

El 5 de octubre de 2013, a las 11:58 horas, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada N) de 19 años, quien se encontraba embarazada, ingresó al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa para atención por presentar dolor en el vientre y cabeza, vómito y sangrado nasal. Fue atendida en



el consultorio 1, donde una doctora le dijo *“deja de hacer tus panchos, no tienes nada, ya te hice el tacto, tu presión está bien, no alarmes a tu familia, es tu primer bebé, es estrés, ve a descansar a tu casa, acuéstate y mañana regresa a las 8:30 am a consulta y si sigues así ve al Hospital Enrique Cabrera y también hay urgencias”*. La médico que la atendió no consideró que la paciente había estado hospitalizada en ese Hospital varios días durante el mes de septiembre por diagnóstico de preeclamsia (hipertensión arterial y proteínas en la orina).

Por ello, se retiraron del Hospital pese a que la persona agraviada N seguía presentando dolor. Aproximadamente a las 6:00 horas del 6 de octubre de 2013, la persona agraviada N comenzó a convulsionarse, por lo que sus familiares la trasladaron al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, donde presentó convulsiones y se le practicó una cesárea de urgencia. Posteriormente, personal de ese nosocomio informó a familiares que en la Unidad de Cuidados Intensivos Prenatales se reportaba a la niña recién nacida grave por la asfixia que le provocaron las convulsiones.

De igual forma, les informaron que la persona agraviada N se encontraba grave y que tenía que ser trasladada de urgencias en una ambulancia equipada para traslado de terapia intensiva al Hospital Enrique Cabrera. Durante el traslado, la persona agraviada N tuvo un paro cardíaco acompañado de eventos convulsivos. También se deberá valorar multidisciplinariamente a la hija de la persona agraviada N, al menos hasta que cumpla siete años de edad.

#### **Caso Ñ. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D7631**

El 24 de octubre del año 2013, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada Ñ) primigesta de 19 años de edad, quien cursaba con un embarazo de 39.4 semanas de gestación, acudió al Hospital General de Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para recibir atención médica, fue valorada por personal de salud, quien al realizarle la revisión la lastimó.

Personal de salud del referido nosocomio, determinó realizarle una cesárea, informando a la persona agraviada Ñ que de no realizarla estaría en peligro la vida de su hijo. Al día siguiente de la cirugía personal del Hospital la coaccionó para que aceptara la colocación de un dispositivo intrauterino como método de prevención de embarazos.

La persona agraviada Ñ presentó picos febriles en varios momentos después de la cirugía, los cuales no cedían por lo que no se le dio de alta el 26 de octubre de 2013. Inicialmente, personal médico le informó que la fiebre se debía a que tenía una infección en vías urinarias, por lo que le suministraron antibióticos y ordenaron la realización de estudios de sangre, así como urocultivo (examen de orina para detectar bacterias). Pese a la prescripción, la temperatura continuó.

Cuatro días después, el 30 de octubre de 2013, se solicitó la realización de un ultrasonido pélvico que arrojó la presencia de hematomas (acumulación de sangre) en el área del vientre, por lo que el día 31 de octubre de 2013 fue intervenida quirúrgicamente, realizándole una histerectomía (extirpación de útero). La persona agraviada Ñ fue dada de alta el 6 de noviembre de 2013.

#### **Caso O. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D0431**

El 22 de enero de 2014, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada O) de 19 años de edad, acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, por presentar trabajo de parto y embarazo de



34 semanas de gestación y preeclampsia. Sin embargo, en dicho nosocomio no se contaba con personal médico especializado en gineco-obstetricia en el turno nocturno, por tanto, la persona agraviada O fue referida al Hospital General Ticomán. Se trasladó a ese nosocomio donde le indicaron que por su condición de salud y por la presencia de líquido amniótico meconial, su hija debería nacer vía cesárea; sin embargo, esta no pudo realizarse por la falta de material estéril.

A las 7:57 de ese día, la paciente presentó convulsiones. Dos horas después del ingreso al Hospital, nació su hija vía parto natural, con diagnóstico de asfixia y presión alta, con mala evolución, presentó paro cardio-respiratorio y murió a las 15:30 horas del 24 de enero de 2014.

La persona agraviada O fue trasladada a terapia intensiva y dada de alta el 27 de enero de 2014.

#### **Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/014/D1108**

El día 22 de febrero de 2014, la persona peticionaria (en adelante, la persona peticionaria P), acompañó a su nuera (en adelante, la persona agraviada P), de 21 años de edad, al Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para su atención por encontrarse embarazada y presentar dolor de tipo cólico y aumento de la actividad uterina. Sin embargo, no fue ingresada para atención. Le indicaron cuáles podrían ser los datos de alarma y le dieron cita abierta para el servicio de urgencias.

El día 23 de febrero de 2014, a las 13:10 horas, la persona agraviada P acudió nuevamente a ese nosocomio por continuar con dolor obstétrico y amenaza de parto pre término, sin embargo se le egresó con plan de reposo y medicamento. A las 23:30 horas la persona agraviada P regresó nuevamente para atención a ese hospital, ordenándose su hospitalización, sin acreditarse el tratamiento que recibió, ni la fecha en que fue dada de alta.

El 7 de marzo de 2014 a las 22:28 horas, la persona agraviada P acudió nuevamente al Hospital Materno Infantil Inguarán refiriendo disminución de movimientos fetales. A las 22:49 horas expulsó al producto, quien ya había fallecido.

Consta en el expediente clínico que la persona agraviada P, durante las ocasiones en que se presentó en el Hospital recibió del personal de salud, diversas indicaciones contradictorias como que cursaba la semana 34 de su embarazo y luego le indicaron que se encontraba en la 36. Asimismo, le diagnosticaron trabajo de parto y la enviaron a caminar; al día siguiente le mencionan amenaza de aborto y le indican reposo.

#### **Caso Q. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D5848**

El 12 de agosto de 2014, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada Q) de 17 años de edad, acudió al área de urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, debido a que tenía 40 semanas de gestación y presentaba un fuerte dolor abdominal. Fue atendida por un médico, quien la valoró y revisó los signos vitales del feto, indicándole que los dolores se debían a que tenía una infección en las vías urinarias, prescribiéndole medicamento y aplazando la atención que requería.



El 15 de agosto de 2014, la persona agraviada Q, acudió nuevamente a ese hospital debido a que los dolores continuaban, pero personal médico le dijo que tenía 2 cm de dilatación, aplazando nuevamente la atención del parto.

La madrugada del 17 de agosto de 2014, la persona agraviada Q, acudió una vez más al Hospital referido debido a los dolores que presentaba y la doctora que la revisó le indicó que aún faltaba para que iniciara la labor de parto, ya que su cuello aún no se dilataba y le dijo que regresara a su domicilio.

El 18 de agosto de 2014, a las 20:00 horas ingresó al área de urgencias del citado nosocomio debido a que continuaba con el dolor abdominal y su vientre estaba duro. Los médicos que la atendieron la valoraron y revisaron a su hijo, pero no escucharon su corazón. Por ello, le realizaron un ultrasonido de emergencia, durante el cual se observó que los latidos del corazón del producto eran lentos y se percataron cuando dejó de latir. Los médicos estuvieron esperando durante 20 minutos con el aparato de ultrasonido para ver si el corazón de su hijo volvía a latir, y le confirmaron que había fallecido. En ese momento los médicos la regañaron porque no había acudido al hospital para que fuera revisada, culpándola de la muerte de su hijo.

El personal del referido Hospital le dio a la mamá de la persona agraviada Q una hoja en la cual se indicaba que se le realizaría una cesárea, sin embargo le suministraron un medicamento para que el producto se hiciera más pequeño, comenzara el trabajo de parto y el producto saliera de forma natural. Fue hasta las 19:00 horas del 19 de agosto cuando tuvo el alumbramiento de un varón sin vida.

El 22 de agosto, cuando fue dada de alta, el personal médico solicitó a la madre de la persona agraviada Q que firmara la hoja de alta con la leyenda "recibo a mi hija en buen estado". Al firmarla, le dijeron que ésta se encontraba delicada.

#### **Caso R. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/14/D6353**

Desde el 18 de diciembre de 2012, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada R) primigesta de 18 años de edad, acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, ya que presentaba dolores de parto. Sin embargo, no fue atendida porque no había médicos y la derivaron al Hospital Materno Infantil Xochimilco, en donde tampoco había personal médico que la atendiera.

A las 05:00 horas del 19 de diciembre de 2012, la persona peticionaria y la persona agraviada R acudieron al Hospital General Iztapalapa, a fin de recibir atención. Fue ingresada al área de labor a las 09:00 horas. A partir de ese momento, el personal médico esperó a que la persona agraviada R presentara dilatación necesaria, lo cual no ocurrió. Finalmente decidieron interrumpir el parto por medio de una cesárea que comenzó a las 13:30 horas. Sin embargo, al obtener al niño, éste presentó un Apgar de 3-3-5 (prueba que se realiza a los bebés al momento de nacer para valorar su vitalidad y reflejos).

A las 20:00 horas de ese día, la persona agraviada R presentó loquios hemáticos abundantes, enfermería dio aviso al área médica, sin embargo en el Hospital solo se encontraban médicos residentes en la especialidad de gineco-obstetricia, mientras que la persona agraviada R presentaba una serie de complicaciones asociadas a la pérdida de sangre.



El recién nacido permaneció hospitalizado durante 15 días con diagnóstico de: recién nacido de término, sufrimiento fetal crónico agudizado, asfixia in-útero, aspiración de meconio, encefalopatía hipóxica esquémica. A pesar de dicho diagnóstico, fue dado de alta sin ninguna indicación médica especial, por lo que durante meses fue llevado al Centro de Salud T-II del Pueblo de San José, Tláhuac en donde le daba atención médica de manera escueta, sin ahondar si tenía algún padecimiento y sin que los médicos escucharan sus inquietudes con relación a su salud.

En el Hospital Infantil de México, se determinó que el recién nacido tiene una discapacidad intelectual y en el desarrollo psicomotor.

#### **Caso S. Expediente CDHUO/III/122/IZTP/14/D6747**

El 18 de octubre de 2014, a las 05:00 horas, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada S), de 23 años de edad, en compañía de su pareja, llegó al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, ya que presentaba contracciones y dolores de parto en razón de su tercer embarazo. A las 6:37 horas, en la recepción le tomaron sus datos y su concubino informó que ella se sentía mal, que estaba mareada, con dolores y que probablemente estaba por comenzar el alumbramiento. Sin embargo, le respondieron que "había mucha gente esperando, que subiera con su pareja hasta que los llamaran para valoración". No fue valorada.

Después de media hora (07:10 horas), la persona agraviada S acudió al baño y en ese momento expulsó a su hija, quien cayó dentro de la taza del baño, golpeándose al caer y cortándose el cordón umbilical. En su auxilio, acudió su concubino y las personas que se encontraban en la sala de espera, mientras que el personal de salud de ese nosocomio llegaron después de 5 a 10 minutos.

La persona agraviada S junto con su hija recién nacida fueron dadas de alta el 19 de octubre de 2014, sin que se le diera a la madre y/o a su pareja información sobre el pronóstico del riesgo que representa un parto fortuito (parto espontáneo y sin atención médica). Asimismo, a la persona agraviada S no se le informó la posibilidad de que en el futuro su hija presente alguna afectación neurológica derivada del golpe que recibió por la caída.

La recién nacida recibió atención pediátrica en noviembre de 2014 en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, a donde se le envió a estimulación temprana para favorecer el neuro-desarrollo. Sin embargo, posteriormente se le refirió al Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de hipoxia/asfixia perinatal, sin especificarse la causa de esa referencia.

#### **Caso T. Expediente CDHDF/III/122/NC/14/D6887**

El día 24 de octubre de 2014, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada T) de 24 años de edad, acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para atención de su parto. Durante su auscultación y entrevista, personal médico solicitó a la persona agraviada T que anotara en el expediente clínico que había tomado té de manzanilla. Asimismo, durante su atención, personal de enfermería le suministró un medicamento que no fue ordenado por personal médico.



Debido a que la persona agraviada T se quejaba de tener mucho dolor, durante la atención del parto las enfermeras se burlaban y la anestesióloga la amenazó e intimidó y no le aplicaron anestesia. La persona agraviada T pidió que le hicieran cesárea y no la tomaron en cuenta, también le aplicaron Oxitocina que puede incrementar el dolor y le cortaron el recto accidentalmente.

Después del nacimiento, se le informó a la persona agraviada T que no tenían cuneros disponibles en dicho nosocomio, y a sus familiares solo se les comunicó que la madre y su hijo se reportaban graves, sin proporcionarles mayor información. Asimismo, a la persona peticionaria T le comentaron que no contaban con pediatra o médico especialista que valorara al binomio (madre-hijo) y les señalaron que si querían un mejor servicio, acudieran con un médico particular y solicitaran una ambulancia.

El recién nacido fue referido al Hospital Pediátrico La Villa para atención de probable síndrome de dificultad respiratoria, probable síndrome de adaptación pulmonar y asfixia recuperada, debido a que la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Materno Infantil Inguarán se encontraba en remodelación.

#### **Caso U. Expediente CDHDF/III/122/VC/15/D0409**

El 4 de diciembre de 2014, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada U) de 15 años de edad, acudió en compañía de su padre (en adelante, la persona agraviada U1) al Hospital Materno Infantil Inguarán, a fin de recibir atención médica en razón de su embarazo, ya que presentaba dolores en el vientre. Sin embargo, tras revisarla, personal médico les indicó que los dolores se debían a que el producto se estaba acomodando.

La persona agraviada U, en los días siguientes, continuó con dolores, por lo que acudió a un doctor particular, quien mediante ultrasonido diagnosticó que ya casi no tenía líquido amniótico y que era urgente que la atendieran. Por ello, el 8 de diciembre de 2014, de nuevo acudieron al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde ingresaron a la persona agraviada U.

Ese día, personal médico informó a los padres de la persona agraviada U que ya había nacido su nieto por medio de cesárea, que ambos se encontraban bien. Al preguntar si podían quedarse porque su hija era una adolescente, les dijeron que no y que al día siguiente se presentarían a la hora de la visita.

El 9 de diciembre de 2014, mediante comunicación telefónica, personal del citado nosocomio solicitó a los padres de la persona agraviada U que acudieran urgentemente al Hospital. Al llegar, les indicaron que su hija se había desangrado porque tuvo un movimiento brusco, debido a lo cual la operaron de emergencia (cuestión que no autorizaron) y que sería trasladada en ambulancia al Hospital Tláhuac, ya que aquel hospital sí contaba con un área de terapia intensiva.

Previo al traslado, personal de salud le dijo a la hermana menor de edad de la persona agraviada U (de 7 años de edad) [en adelante, persona agraviada U2], que se despidiera de ella: *“ven dale un beso, despidete de tu hermana”*, no obstante la condición en que se encontraba. Asimismo, personal de la ambulancia realizó los siguientes comentarios a la madre de la persona agraviada U [en adelante, persona agraviada U3]: *—¿Usted es su mamá? ¿Cuántos años tenía? Está muy chiquita para estar embarazada, ¿Y se enojó usted cuando supo que estaba embarazada? ¿Qué le dijo? —*



*Pues sí me molesté como cualquier mamá —me dijo: — ¿Y no la corrió de su casa? —no, no la corré, la apoyé, —ah, es que está muy chiquita para haber salido embarazada—.*

Al llegar al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, una médica informó a la persona agraviada U2 que su hija se encontraba grave, sin recibir más información, hasta el momento del deceso se les comunicó que había presentado un paro.

La persona agraviada U, falleció el 10 de diciembre de 2014.

### **Caso V. Expediente CDHDF/III/121/VC/15/D1068**

El 25 de diciembre de 2014, aproximadamente a las 04:00 horas, la persona agraviada (en adelante, la persona agraviada V) de 31 años de edad, acudió al Hospital General Iztapalapa de la Secretaría de Salud debido a que presentaba dolores de parto. Sin embargo, no recibió la atención médica que requirió ya que no había personal médico que la atendiera. Por ello, se trasladó al Hospital General Balbuena, en donde tampoco recibió atención.

Posteriormente se presentó en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde fue ingresada a quirófano para la realización de una cesárea, aproximadamente a las 15:00 horas de esa misma fecha. A las 16:12 horas nació su hijo, sin complicación alguna. Sin embargo, uno de los médicos que la atendió le comentó que la operaron para que ya no pudiera tener más hijos (realización de salpingoclasia), cirugía que ella no autorizó.

Después del nacimiento, la persona agraviada V comenzó a tener dolores intensos en su pierna derecha, lo cual informó a un médico de ese nosocomio, quien, sin revisarla, le señaló que *“no se preocupara, pues de cada dos mil personas, sólo dos quedan cojas”*. El 28 de diciembre de 2014 la dieron de alta, a pesar de que continuó manifestando que tenía fuertes dolores en su pierna.

El 18 de enero de 2015, la persona agraviada V acudió a urgencias del Hospital General Iztapalapa, pero no la atendieron, ya que le argumentaron que debían revisarla en el Hospital Inguarán. Al acudir a ese Hospital, le dieron un pase con un neurólogo al Hospital General Balbuena, a donde acudió pero le informaron que ahí no tenían neurólogo, por lo que debía acudir al Hospital Belisario Domínguez con los resultados de una tomografía lumbar que le realizarían en el Hospital General La Villa. El 28 de enero de 2015, acudió al Hospital General La Villa para que le realizaran la tomografía lumbar, sin embargo, no lo hicieron argumentando que los estudios eran exclusivos y no podían hacerse en ese nosocomio.

El 29 de enero de 2015, la persona agraviada V se presentó en el Hospital Inguarán e informó de la negativa de los servicios médicos del Distrito Federal para realizarle los estudios que requería. Le respondieron que nuevamente debía acudir para solicitar una electromiografía, fijando como fecha el 4 de febrero de 2015 y que la tomografía lumbar se realizaría en el Hospital Xoco.

El 4 de febrero de 2015, al presentarse la agraviada V en el Hospital Inguarán, la ambulancia que la trasladaría se retrasó y llegó tarde a Xoco, por lo que no fue posible que la atendieran. Al llegar al Hospital General La Villa para que se le hiciera la electromiografía, le informaron que debía pagar \$800.00 pesos, cantidad que no pagó debido a que no cuenta con los recursos, por tal motivo, no le

realizaron el estudio. Actualmente la agraviada V padece un insoportable dolor en la pierna que le impide caminar correctamente y no ha recibido atención médica adecuada.

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

La Competencia de esta Comisión para conocer de los hechos materia de la presente Recomendación, está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 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. Por lo 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 Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los diversos 2 y 3, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,<sup>3</sup> 11 de su Reglamento Interno;<sup>4</sup> así como en los denominados Principios de París,<sup>5</sup> este Organismo tiene competencia por las siguientes razones:

En razón de la materia *-ratione materia-*, debido a que de los hechos investigados, esta Comisión presumió la violación de los siguientes derechos: derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública en relación a no ser víctima de violencia obstétrica; derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal; derechos de niñas, niños y adolescentes, en particular de adolescentes embarazadas, y a los derechos sexuales y reproductivos en relación con la vida privada e intimidad, autonomía y salud reproductiva e integridad personal.

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.

---

<sup>3</sup> 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."

<sup>4</sup> De acuerdo con el cual: "[I]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]."

<sup>5</sup> 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].

En razón de tiempo *-ratione temporis-*, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos atribuidos a los funcionarios públicos mencionados *supra*, sucedieron entre los años 2009 y 2015, 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. Hipótesis de investigación

Una vez analizados los hechos motivo de queja y establecida la competencia de este Organismo para tomar conocimiento de los mismos, de conformidad con los artículos 36, 37, 41 a 44, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se inició el procedimiento de investigación. Al respecto, se comprobaron las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, trataron de manera inadecuada, indiferente y discriminatoria a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio cuando acudieron a un hospital público, vulnerando su derecho a una vida libre de violencia.
2. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no brindaron una atención adecuada, oportuna, efectiva y de calidad a mujeres embarazadas, al momento en que acudieron a un centro de salud u hospital público para atención de su parto, y además generaron sufrimientos innecesarios al momento de atenderlas ocasionando mediante diferentes actos y omisiones, la violación de su derecho a la salud, y al derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal.
3. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no proporcionaron una atención oportuna, adecuada y efectiva a mujeres adolescentes embarazadas, violando mediante diferentes acciones y omisiones su derecho a la vida, así como el derecho al nivel más alto posible de salud, en relación con el principio del interés superior de la niñez.
4. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, realizaron diferentes procedimientos quirúrgicos que impactaron en la autonomía reproductiva de las mujeres, en algunos casos sin la autorización de ellas, violando con esas acciones sus derechos sexuales y reproductivos en relación con sus derechos a la vida privada e intimidad, autonomía y salud reproductivas e integridad personal.

### IV. Procedimiento de investigación

Con la finalidad de desvirtuar las hipótesis, se realizaron las siguientes acciones para recabar información:

- Entrevistas a las personas relacionadas con los hechos:



Entrevistas a las personas peticionarias y agraviadas, así como a personas testigos de los hechos;  
Entrevistas a servidores y servidoras públicas relacionadas con los hechos.

- Solicitudes a las autoridades:

Solicitud de medidas precautorias a la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal;

Solicitudes de información a la Secretaría de Salud y a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, así como de colaboración, a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y al Instituto para la Juventud del Distrito Federal.

Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones médicas de personal médico de instituciones de salud públicas, así como de este Organismo.

- Recopilación y consulta de documentos:

Recopilación de notas periodísticas relacionadas con los hechos;

Consultas a expedientes clínicos de las y los niños agraviados, así como de aquellos iniciados con motivo de la atención de algún familiar que también tiene la calidad de persona agraviada.

Consulta de las averiguaciones previas iniciadas, en algunos casos, con motivo de los hechos, así como de sus correspondientes desgloses.

Consulta de los expedientes administrativos iniciados en algunos de los casos, con motivo de los hechos.

- Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones médicas y psicosociales:

Solicitud y obtención de informes y opiniones de personal médico de la CDHDF;

Elaboración, en algunos casos, de opiniones de impacto psicosocial, a víctimas y familiares de ellas.

## V. Evidencia

Esta Comisión recabó evidencia con la que se basa y fundamenta la presente Recomendación, la cual se encuentra detallada en el documento denominado Anexo.

## VI. Derechos violados

### VI.1. Marco jurídico aplicable: la reforma constitucional y el interés superior de la niñez.

El 10 de junio de 2011, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la reforma en materia de derechos humanos.

Es importante resaltar, los primeros tres párrafos del artículo 1º, Constitucional, 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 internacionales, 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 de la Nación [en adelante "SCJN"] estableció los parámetros y pasos a seguir cuando se aplique el control de convencionalidad por todas las autoridades del país,<sup>6</sup> lo que incluye a los organismos públicos autónomos.

La SCJN, 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 las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [en adelante, la Corte IDH o Corte Interamericana] en los casos en los que México haya sido parte, con miras a determinar cuál es la norma más favorable y ofrezca mayor protección al derecho en cuestión.<sup>7</sup>

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,<sup>8</sup> así

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Es importante aclarar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su 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.

<sup>8</sup> 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



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,<sup>9</sup> 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 de la Nación señaló lo siguiente:

[...] 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, Constitucional, 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 [...]”<sup>10</sup>

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 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 ese 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,

---

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 [...]”

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

ejemplo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Humanos creado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y,

c) La legislación aplicable y otras normas jurídicas relevantes.

Por otra parte, esta Comisión reconoce el principio de interés superior de la niñez como eje rector de la investigación y documentación de los casos materia de la presente Recomendación, en atención a los derechos humanos de las personas recién nacidas y de adolescentes embarazadas.

El principio fundamental del interés superior de la niñez, establecido en el artículo 3º de la Convención de los Derechos del Niño<sup>11</sup> (en adelante, la CDN) señala que los Estados, en todas sus decisiones y en el cumplimiento de sus obligaciones deben priorizar los derechos de la niñez y enfocarse en garantizar su beneficio y bienestar frente a cualquier situación en la que puedan verse involucrados:

En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial que se atenderá, será el interés superior del niño.

En desarrollo de ese artículo, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha señalado que el interés superior del niño debe ser la principal consideración en todas las acciones que afecten a los niños, las niñas y los adolescentes.<sup>12</sup> Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha manifestado lo siguiente:

[E]l interés superior del niño es un principio orientador de la actividad interpretativa relacionada con cualquier norma jurídica que tenga que aplicarse a un niño en un caso concreto o que pueda afectar los intereses de algún menor. Este principio ordena la realización de una interpretación sistemática que, para darle sentido a la norma en cuestión, tome en cuenta los deberes de protección de los menores y los derechos especiales de éstos previstos en la Constitución, tratados internacionales y leyes de protección de la niñez.

Cuando se trata de medidas legislativas o administrativas que afecten derechos de los menores, el interés superior del niño demanda de los órganos jurisdiccionales la realización de un escrutinio mucho más estricto en relación con la necesidad y proporcionalidad de la medida en cuestión<sup>13</sup>.

Este principio se funda sobre la dignidad misma del ser humano, en el reconocimiento de las personas que integran este sector de la población como sujetos plenos de derechos y en la necesidad de propiciar el desarrollo de aquellos con pleno aprovechamiento de sus potencialidades.<sup>14</sup> Además, incluye por un lado, el derecho a que todo niño, niña o adolescente sea protegido y protegida contra cualquier forma de sufrimiento, abuso o descuido, incluidos el descuido

<sup>11</sup> Suscrita por México el 20 de noviembre de 1989, ratificada el 21 de septiembre 1990, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991.

<sup>12</sup> UNICEF, *La Convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia*, UNICEF, Uruguay, 2004, pág. 25.

<sup>13</sup> SCJN, Tesis Aislada, 1a. XVI/2011, Semanario de la Suprema Corte de Justicia y su Gaceta, novena época, Primera Sala, XXXIII, febrero 2011, pág.1.

<sup>14</sup> CDHDF, Informe especial sobre el sistema de justicia para adolescentes en el Distrito Federal. 2008-2009, pág. 44.

físico, psicológico, mental y emocional; y, por otro lado, la posibilidad de desarrollarse en forma armoniosa, es decir que tenga derecho a crecer en un ambiente armonioso y con un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.<sup>15</sup>

En ese sentido, la misma CDN señala que **aún en situaciones donde no sea fácil establecer cuál es la mejor forma de respetar ese principio, lo que prima es que el niño, la niña y/o el adolescente pueda ejercer todos sus derechos de la manera más completa e integral, lo que implica un trato prioritario.**<sup>16</sup>

Asimismo, este principio exige que todos los derechos reconocidos en los tratados internacionales de derechos humanos, en los ordenamientos internos de los Estados y aquellos expresamente señalados en la CDN sean interpretados a la luz del mismo, cuando sus titulares sean personas menores de edad, ampliando el alcance de las normas que reconozcan tales derechos. Además, exige que los Estados adopten activamente, en sus sistemas legislativo, administrativo y judicial, medidas para la protección y cuidado del niño, niña o adolescente, aplicando el principio del interés superior de éstos, al evaluar sistemáticamente cómo los derechos y los intereses de la infancia se ven afectados o se verán afectados por las decisiones y medidas que se desarrollen.<sup>17</sup>

Aunque el interés superior de la niñez es el pilar fundamental para la aplicación y garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes, la protección de esta población no se limita a este principio ni a la mera aplicación del artículo que lo reconoce.

En el marco jurídico mexicano, la CDN, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, *Pacto de San José* [en adelante, la Convención Americana] (artículo 19), la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 4º, párrafo octavo), la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal, forman parte de un conjunto de normas vinculadas o *corpus iuris* que reconocen los derechos de las niñas, niños y adolescentes y señalan la obligación del Estado, la sociedad y la familia de reconocerles y tratarles como sujetos de derechos en el marco de una protección integral.

Este marco jurídico incluye también, para efectos interpretativos, las decisiones adoptadas por el Comité de los Derechos del Niño, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, la CIDH), así como la jurisprudencia generada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, la Corte IDH) la cual, además, ha señalado que al interpretar las normas que reconocen los derechos de este grupo, no sólo deben tomarse en cuenta los instrumentos formalmente relacionados con esas normas, sino el sistema dentro del cual se inscriben<sup>18</sup>, reafirmando la existencia de ese *corpus iuris*.

Sobre la prevalencia de este principio, el artículo 4º Constitucional establece lo siguiente:

<sup>15</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Oficina Internacional de los Derechos del Niño. *Manual sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos para uso de profesionales y encargados de la formulación de políticas*. 2010. p. 5.

<sup>16</sup> UNICEF, *La Convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia*, op. cit., pág. 25

<sup>17</sup> Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación General No. 5. sobre Medidas Generales de la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño. 2003, párrafo 13.

<sup>18</sup> Corte IDH, Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) vs Guatemala, Sentencia del 11 de septiembre de 1997, párr. 192.

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

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

Al respecto, la Primera Sala de la SCJN, ha sostenido que el interés superior de la niñez, reconocido plenamente en este artículo, exige la “garantía plena” de los derechos de niñas y niños y que su párrafo octavo, representa un punto de convergencia con los derechos de las personas menores de 18 años de edad, reconocidos en tratados internacionales, constituyendo un parámetro de regularidad especializado respecto de los derechos de la niñez, como el que establece el artículo 1º, párrafo segundo, de la Constitución General de la República, respecto de los derechos humanos en general.<sup>19</sup>

Finalmente, en el Distrito Federal, la ley local de los Derechos de las Niñas y Niños, define el principio del interés superior de la niñez, en el marco de las políticas públicas encaminadas a la niñez, de la siguiente manera:

Artículo 4.- Son principios rectores en la observancia, interpretación y aplicación de esta Ley, los siguientes:

I. El Interés Superior de las niñas y niños. Este principio implica dar prioridad al bienestar de las niñas y niños ante cualquier otro interés que vaya en su perjuicio.

Este principio orientará la actuación de los Órganos Locales de Gobierno encargados de las acciones de defensa y representación jurídica, provisión, prevención, protección especial y participación de las niñas y niños, y deberá verse reflejado en las siguientes acciones;

- a) En la asignación de recursos públicos para programas sociales relacionados con las niñas y niños;
- b) En la atención a las niñas y niños en los servicios públicos; y
- c) En la formulación y ejecución de políticas públicas relacionadas con las niñas y niños; [...].

A continuación, se desarrollan los derechos de mujeres embarazadas, niñas y niños y sus familiares, cuyas violaciones fueron probadas por esta Comisión. Posteriormente, se analizará este principio en el caso de las mujeres adolescentes embarazadas.

<sup>19</sup> Ver SCJN. Tesis: 1ª. LXXVI/2013. Décima Época. Instancia: Primera Sala. Interés Superior de la Niñez. El artículo 4º. Párrafo Octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la infancia reconocidos en tratados internacionales. Amparo Directo 2749/2012. 24 de octubre de 2012.



## VI.2. Contexto: Antecedentes de los casos que motivaron esta Recomendación

Durante los años 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 se registraron en esta Comisión los 23 expedientes de queja motivo de la presente Recomendación. La investigación de los hechos se dio en un contexto en el que mujeres víctimas de violaciones a derechos humanos cursaban con un embarazo y solicitaron servicios de atención médica en centros de salud u hospitales de la red de salud pública del Distrito Federal, siendo beneficiarias del Seguro Popular.

Asimismo, las mujeres víctimas, al momento de los hechos tenían entre 15 y 33 años de edad, contando 8 de ellas con una edad menor a 20 años, estando entre éstas tres adolescentes; más de la mitad se dedicaba al trabajo en el hogar; mientras que la mayoría cuenta con estudios de primaria o secundaria y cursaba su primer embarazo. Todas tuvieron control perinatal en al menos tres ocasiones y conforme a los registros de sus expedientes clínicos presentaban indicios de cursar un embarazo normal.

De estas 23 mujeres, algunas tuvieron afectaciones a su integridad personal y la vida, ya que dos de ellas fallecieron, una de ellas tenía 15 años de edad, y por tanto, según los criterios para atender embarazos en adolescentes de la propia Secretaría de Salud del Distrito Federal, cursaba un embarazo de alto riesgo. Nueve mujeres perdieron el embarazo en distintos momentos de la gestación, de este número, más de la mitad cursaba la semana 38 de la gestación. A 3 de esas 23 mujeres, se les extirpó total o parcialmente el útero por razones secundarias a la operación cesárea. Del número de personas recién nacidas con vida, nueve requerirán ser valoradas en el corto y mediano plazo, para detectar algún factor de riesgo, alguno relacionado con su desarrollo físico y psicoemocional, y deberán ser canalizados para recibir estimulación temprana y apoyo terapéutico.

En este sentido, la investigación realizada por la CDHDF identificó en los casos relacionados con el presente instrumento recomendatorio: deficiente o mala práctica médica, tratos crueles, inhumanos o degradantes por el sufrimiento innecesario de las personas usuarias de los servicios de salud pública, además cada una de estas mujeres fue víctima durante la atención médica, de algún tipo de maltrato físico o psicológico, como son, en otros, indiferencia y falta de responsabilidad institucional, esta última derivada de la falta de equipo médico adecuado, carencia de medicamentos básicos o por escasez de personal médico especializado y suficiente en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante, la Secretaría de Salud o la SSDF): Centro de Salud de Zapotitla, Tláhuac, Hospital General Dr. Enrique Cabrera, Hospital Materno Infantil de Tláhuac, Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac, Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, Hospital Materno Infantil Inguarán, Hospital General Iztapalapa, Hospital General Ticomán, Hospital Ajusco Medio, Hospital Belisario Domínguez, Hospital General Gregorio Salas Flores y Hospital Materno Infantil Cuajimalpa.

Esta Comisión, también identificó en estos casos que la mayoría de estas mujeres, tenían una o varias condiciones de vulnerabilidad que las hicieron más susceptibles de padecer abusos: adolescentes, indígenas, vivir con VIH, entre otras. Asimismo, algunas de las víctimas fueron coaccionadas para aceptar algún método anticonceptivo, sin contar con información suficiente, ni tiempo para consensuarlo con sus familiares, lo cual representa una intromisión del personal de salud en sus derechos a la autonomía reproductiva y a decidir libremente sobre el número de hijos o hijas que desea, y de esta manera tener un efectivo ejercicio de sus derechos reproductivos.

Las mujeres históricamente han sido violentadas no sólo por el hecho de ser mujeres, sino por la interrelación de formas múltiples de discriminación, como son las de ser mujer-trabajadora, mujer-migrante, mujer-madre, mujer-adolescente, mujer-pobre, mujer-condiciones de salud (VIH), etc. Las causas específicas de la violencia y los factores que incrementan el riesgo de que se produzca, están arraigadas en el contexto general de la discriminación sistémica por motivos de género contra la mujer, además de otras formas de subordinación<sup>20</sup>.

Esta Recomendación se enfoca a visibilizar la violencia contra las mujeres que en su condición de mujeres embarazadas. Los casos analizados por esta Comisión dan cuenta de que en la violencia de género confluyen la violencia institucional y la violencia obstétrica que generan de manera simultánea y permanente la vulneración de diferentes derechos humanos de las mujeres como son: el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la integridad física, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a una vida libre de violencia, entre otros, por la acción u omisión de las y los funcionarios del Estado. Dicha circunstancia, sustenta la cultura de la desigualdad y discriminación en contra de la mujer, imposibilitando que desplieguen todas sus capacidades y ejerzan plenamente sus derechos. Esta vulnerabilidad frente a la violencia se comprende como una condición creada por la falta o la negación de derechos.

#### **a. Violencia Obstétrica**

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al derecho a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la información, a la intimidad y vida privada, así como a la autonomía reproductiva, “los cuales son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”.<sup>21</sup> Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados.<sup>22</sup>

Durante la atención institucional del parto la violencia obstétrica se materializa en conductas como regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación del tratamiento, falta de asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo o coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos que pueden derivar en la muerte de la mujer embarazada, de los niños y niñas nacidas o el producto, o actos que constituyen tratos crueles e inhumanos o bien tortura.<sup>23</sup>

Existen diversas modalidades de violencia obstétrica, como la física, la cual puede configurarse cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la mujer o no se respetan los tiempos ni las posibilidades del

<sup>20</sup> Naciones Unidas, Asamblea General. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la Mujer. 2006:

<sup>21</sup> OEA. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, adoptada en Belém Do Pará, 9 de junio de 1994.

<sup>22</sup> GIRE. Informe Violencia Obstétrica. Febrero, 2015.

<sup>23</sup> Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Disponible en [consulta: 15 de noviembre de 2012].



parto biológico; la psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica; la omisión de información sobre la evolución de su parto”,<sup>24</sup> la emocional que se visibiliza en las secuelas que le causan a las mujeres que han sido violentadas, repercutiendo, en ocasiones, en las relaciones interpersonales con su hijo o hija, pareja y otros familiares.

Desafortunadamente la violencia obstétrica, al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, permaneció mucho tiempo invisibilizada y siendo naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como por la sociedad en su conjunto y sobre todo por las autoridades estatales. Una de las causas del silencio de las mujeres respecto de la violencia obstétrica obedece a que muchos de los comportamientos son vistos como normales, especialmente si acuden a servicios gratuitos y consideran que someterse a malos tratos es inherente a la salud que brindan las instituciones públicas.

En la Ciudad de México, si bien no hay hasta el momento una definición sobre violencia obstétrica, podemos encontrar que la refieren en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Distrito Federal (en adelante, LAMVLVDF) que establece un tipo violencia contra los derechos reproductivos haciendo referencia a que es “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.<sup>25</sup>

## b. Violencia Institucional

La violencia institucional es un tipo de violencia perpetrada o tolerada por el Estado, como resultado de la baja prioridad otorgada al combate contra la violencia, en específico contra la violencia de género.<sup>26</sup>

Al respecto, la LAMVLVDF establece que se entenderá por violencia institucional:

[...] los actos u omisiones de las personas con calidad de servidor público 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.<sup>27</sup>

En este sentido, el Estado es el garante de los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. La Recomendación 19 del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante Comité CEDAW por sus siglas en inglés), refiere que se deberán adoptar las medidas “apropiadas y eficaces para combatir los actos públicos o privados de violencia por razones de sexo”.<sup>28</sup>

<sup>24</sup> Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

<sup>25</sup> Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17ª época, núm. 263, 29 de enero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VL0uV5>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

<sup>26</sup> CEPAL, coord. ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de Violencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, UNICEF, UNIFEM y ONUSIDA, octubre de 2007, p. 59

<sup>27</sup> Artículo 7, fracción V.

<sup>28</sup> Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Observación general 19, párrafo 24, inciso a).

Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas resaltó que el sistema interamericano avanza hacia un concepto de igualdad material o estructural que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas especiales de equiparación. Ello implica la necesidad de trato diferenciado cuando, debido a las circunstancias que afectan a un grupo desaventajado, la igualdad de trato suponga coartar o empeorar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho<sup>29</sup>.

Siendo lo mínimo indispensable para las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto:

- Ser informadas sobre las intervenciones médicas que pudieran tener durante el proceso de atención a su embarazo, para que puedan optar libremente cuando existan diferentes alternativas.
- Ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado para garantizar la intimidad durante el proceso en el que se les asista y considerando sus pautas culturales.
- Ser partícipes como protagonistas del proceso de nacimiento de su hijo o hija.
- Ser respetadas en sus tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la mujer embarazada, del producto o de la o el recién nacido.
- Ser informadas sobre la evaluación de su parto, el estado de su hijo o hija, así como de las actuaciones del personal médico sobre su cuerpo.
- A no ser sometidas a procedimientos o intervenciones con propósito de investigación, salvo consentimiento informado.
- Estar acompañadas por una persona de confianza y elección por lo menos en el postparto.
- Tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en la institución de salud pública, la cual deberá garantizar la seguridad tanto de la o el recién nacido<sup>30</sup>.

### VI.3. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

Entre los derechos vulnerados a las personas agraviadas que motivaron esta Recomendación, se encuentra el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, que implica vivir en contextos familiares, escolares, vecinales y estatales de paz y que incluye, entre otros:

- a) El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y
- b) El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

<sup>29</sup> CIDH, Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, OEA/Ser. L/V/III. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 99.

<sup>30</sup> UNESCO. Ley de Parto Humanizado en: La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética, año 4, enero – junio 2013.



En relación a este derecho, el Estado debe cumplir obligaciones de carácter positivo y/o negativo, como son:

- a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra las mujeres y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;
- b) Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres;
- c) Establecer procedimientos legales, justos y eficaces, para la mujer que haya sido víctima de violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio efectivo y el acceso efectivo a tales procedimientos;
- d) Establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer víctima de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño y otros medios de compensación justos y eficaces.

Según lo anterior, el derecho a una vida libre de violencia cuando sus titulares son mujeres embarazadas se traduce en que los servicios médicos, en este caso públicos, mediante los cuales pretenden ejercer sus derechos, como es el derecho a la salud, garanticen y respeten su dignidad e intimidad, teniendo en cuenta sus necesidades, perspectivas, opiniones, y valoraciones emocionales que ellas y sus familiares manifiesten en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio. Por ello, es fundamental visibilizar y comprender que uno de los principales objetivos del derecho a una vida libre de violencia de las mujeres embarazadas es que vivan tal experiencia o circunstancia como un evento natural, especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde sean sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo su derecho y el de sus parejas para tomar decisiones sobre el nacimiento de sus hijos e hijas.

En el Distrito Federal, la ley específica en la materia es la ya referida LAMVLVDF, la cual establece los "principios y criterios que, desde la perspectiva de género, deben orientar las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, así como realizar la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres".

Sin embargo, a pesar de la regulación jurídica que busca prevenir o sancionar la violencia contra las mujeres embarazadas, la vulneración del derecho a vivir una vida libre de violencia se representa en la insensibilidad cultural, el trato irrespetuoso del personal médico o administrativo, así como actitudes como la indiferencia, el maltrato, desprecio y la discriminación por parte de los y las funcionarios del sector salud que perjudican a las mujeres adultas y adolescentes, siendo lo anterior formas de violencia obstétrica e institucional contra la mujer.

Del análisis de los elementos que configuran la violencia contra las mujeres y de conformidad con la investigación realizada por personal de esta CDHDF, en los expedientes de queja ha quedado comprobado que las personas agraviadas vieron vulnerado su derecho a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, la cual constituyó violencia obstétrica, en razón de lo siguiente:

### Caso A. Expediente CDHDF/III/121/AO/09/D1320

De la evidencia que tiene la CDHDF,<sup>31</sup> se acredita que la persona agraviada A, el 20 de febrero de 2009, acudió al Hospital General *Dr. Enrique Cabrera* para atención de su parto. Tuvo que esperar a que se le atendiera aproximadamente una hora y después de ello aunque se le informó que ya presentaba 3 centímetros de dilatación se le dijo que regresara el día siguiente.

El 21 de febrero se presentó de nuevo al referido nosocomio, informándole personal de salud que se quedaría a labor de parto, sin embargo al no dilatar, al día siguiente, personal médico ordenó se le prepara para una cirugía. Personal de enfermería, entonces expresó: *"ay siempre hacen lo mismo, las preparamos y ya cuando ven la de a de veras corre todo el mundo"*, posteriormente la pasaron al quirófano y al estarle colocando anestesia una de doctora le dijo: *"todo lo que empieza mal, termina mal"*, perdiendo la conciencia en ese momentos, pero al recuperarla alrededor de ella estaban varios médicos y uno de ellos comentó: *"señora está usted muy amarilla parece que vio un fantasma"*, respondiendo ella que ya no volvería a tener hijos porque se sentía muy mal a lo que el doctor le contestó en tono de burla: *"no señora, usted ya no va a volver a tener hijos"*. Posteriormente sus familiares le informaron que le habían extirpado la matriz.

Aunado a lo anterior, la noche posterior inmediata al parto, sintió mucho dolor por lo que solicitó ayuda al personal del hospital sin que nadie la atendiera hasta que se cansó de gritar quedándose dormida. Esto se corrobora porque en el expediente clínico no se registró por 16 horas alguna acción médica encaminada a la atención de la persona agraviada A, fue después de ese tiempo en que se inician las anotaciones cuando se le va a realizar un segundo procedimiento quirúrgico para extraerle la matriz por causa de un choque hipovolémico que presentó.

Todos estos hechos ocasionaron las siguientes afectaciones a la integridad de la persona agraviada A, en un contexto de prestación de servicios de salud pública en el que se le generó violencia:<sup>32</sup>

1. [...] la falta de una debida supervisión en la atención médica, generaron un sentimiento inseguro e indigno a su condición de mujer [...], ocasionando con ello un fuerte estrés así como sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión, afectando su salud y hasta el sentimiento afectivo con su bebé, afectando también su bienestar cognitivo, emocional, conductual y social, [...] lo que a su vez generó una ruptura de continuidad de su vida cotidiana, [...], sensación de cambio en su proyecto de vida [...].

2.- Los dos primeros meses después del parto presentó llanto constante anhedonia, tristeza, desesperanza, trastornos del sueño, tristeza, desesperanza, [...] irritabilidad, falta de apetito, pérdida de peso, crisis de ansiedad, sentimiento de inseguridad, así como la imposibilidad de relacionarse sentimentalmente con su hija [...]. Aunque han disminuido los síntomas depresivos, aún presenta afectaciones sintomáticas en dinámica de sueño y al recordar los hechos y al hablar de ellos, presenta afectaciones somáticas como son dolor de cabeza, temblor de cuerpo, náuseas y vómito.

[...] <sup>33</sup>

<sup>31</sup> Ver Anexo, evidencia 6.

<sup>32</sup> Ver Anexo, evidencia 6.

<sup>33</sup> Ver Anexo, evidencia 4.



Por lo anterior, la CDHDF tiene por acreditado que se vulneró el derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada A, al haberla tratado personal de salud de manera indiferente ante su solicitud de atención y con comentarios irrespetuosos que también trastocaron su salud emocional.

### **Caso B. Expediente CDHDF/II/122/TLAH/09/D3844**

La persona agraviada B, tenía su control prenatal en el Centro de Salud de Zapotitlán, Tláhuac. Hasta el 14 de mayo de 2009 se registró que cursaba con un embarazo normal y que tenía una edad gestacional de 27.5 semanas y presentaba frecuencia cardiaca fetal de 144x. Sin embargo, para el 15 de mayo de 2009, se registró que esa edad era de 32 semanas y que se tenía una frecuencia cardiaca fetal de 120 x' al tacto vaginal con abundante flujo café y cuello cervical cerrado", otorgándole un pase para el Hospital Materno Infantil de Tláhuac de la Sedesa, a donde acudió y se le realizó una cirugía de urgencia con extirpación de matriz, pero el producto nació sin vida, lo cual le fue informado a la paciente de manera abrupta, por lo que se alteró y gritó diciéndole personal de salud que se callara que iba a asustar a las demás pacientes. Solicitó ver a su hijo, pero se lo negaron.

Es importante precisar, que en una de las revisiones que se le efectuaron a la persona agraviada B en ese Hospital, una médica le comprimió su estómago hasta que otro médico indicó que ello no era correcto. Posteriormente, personal de salud del referido nosocomio, le dijo a la persona agraviada B, que ella (la paciente) era la responsable de la muerte del bebé, ya que no se había cuidado durante el embarazo porque no se había alimentado bien ni le había dado el debido seguimiento, por lo que ya no iba a poder tener más hijos. Además, no le informaron la causa del fallecimiento de su bebé sólo se le pidió que donara el cuerpo para estudiarlo. Durante el tiempo que estuvo hospitalizada la persona agraviada B reiteradamente personal de salud le preguntaba a ella el por qué estaba allí y dónde estaba su bebé, fastidiada de ello, contestaba que revisarían el expediente clínico, a lo le respondían gritando: "te estoy preguntando a ti". Asimismo, personal de enfermería le decía comentarios como: "que a veces ese tipo de situaciones se daban para que ella pudiera ser una mejor mamá, porque luego había personas que no sabían ser madres."<sup>34</sup>

En ese sentido, la CDHDF tiene acreditado que en el presente caso se vulneró el derecho de la persona agraviada B a una vida libre de violencia, ya que como se dijo se le responsabilizó del deceso de su bebé y recurrentemente se le estuvo recordando el hecho sin considerar la situación en que presentaba.

### **Caso C. Expediente CDHDF/II/122/GAM/09/D4655**

En el presente caso, se tiene que el 18 de julio de 2009, la persona agraviada C, en compañía de su madre acudieron para atención al Hospital Materno Infantil Cuautepec, dado que la primera presentaba salida de líquido transvaginal y cursaba con un embarazo de 21 semanas de edad gestacional. En ese nosocomio fue atendida por médicos residentes, quienes después de estar discutiendo en su presencia y de realizarle tres tactos vaginales concluyeron que presentaba un aborto inevitable. Esta situación generó inquietud en la persona agraviada C: "tenía miedo". Tanto a

---

<sup>34</sup> Ver Anexo, evidencia 23 .



ella como a su madre se les informó que el producto de la concepción no era viable y no se podía hacer nada.

Más tarde la persona agraviada C, fue revisada por otra médica residente, quien le hizo otro tacto y no obstante que la paciente le decía que la lastimaba e intentó moverse, dicha médica le dijo que si se seguía moviendo la lastimaría más: "Le dije es que me duele y me dijo ella: - es que si te sigues moviendo te voy a seguir lastimando-, le digo es que me está doliendo y no dijo me voy a esperar, nada, nada más me dijo -¿Sí te calmas?-."

Durante 24 horas se le suministró a la persona agraviada C, Oxitocina en diferentes dosis para el trabajo de aborto, después de ese lapso de tiempo se le agregó Misoprostol, sin informarle: "Yo estaba desesperada porque pues no sabía nada de lo que estaba pasando, no sabía qué medicamento me habían puesto ni si me habían puesto otro a parte de la Oxitocina, creo fue el que me pusieron, no sabía si me habían puesto otro."

Los medicamentos anteriores, se le suministraron por aproximadamente 36 horas, hasta que otro médico determinó que se le realizara un ultrasonido, señalándole que como era posible que se hubiesen basado para el diagnóstico en solo el tacto. A lo antes narrado, se agregó el hecho de que la persona agraviada C no tenía comunicación con sus familiares: "No me dejaban hablar con mis papás, yo me sentía insegura porque no sabía qué era lo que estaba pasando, no sabía si mis papás sabían."

Cuando le realizaron el ultrasonido, el médico informó a la persona agraviada C que el producto de la concepción estaba vivo, pues aún se escuchaba frecuencia cardiaca, aunque baja, por lo que ordenó la suspensión del medicamento para el trabajo de aborto y le aplicaron un suero, informándole a ella que era para hidratar al bebé, después la llevaron a una habitación: - "Desde que el doctor me dice que los latidos de mí bebé todavía se escuchan, siento miedo, enojo, desesperación, inseguridad."

Por lo anterior en el presente caso, la CDHDF determina que se violó el derecho de la persona agraviada a una vida libre de violencia, y se le expuso tanto a ella como al producto de la gestación a un sufrimiento innecesario.<sup>35</sup>

#### **Caso D. Expediente CDHUN/III/122/GAM/11/D7187**

En este caso, se tiene que la persona agraviada D, el 31 de julio de 2011, fue atendida médicamente en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc dado que cursaba por un embarazo. La médico gineco obstetra que estuvo en el lapso de tiempo en que se encontraba ingresada la persona agraviada D, elaboró nota informando que ésta se mostraba poco o nada cooperadora, que se le informó que el bebé podría morir si no se operaba, respondiendo que no le importaba, sin embargo no se comunicó si se le ofrecieron servicios para sensibilizarla.<sup>36</sup>

El producto de la gestación, como más adelante se indica, fue expuesto a sufrimiento fetal, generaron en ella un impacto en su vida. Tomando en consideración el tiempo que dilató la atención

<sup>35</sup> Ver Anexo, evidencias 21 y 23.

<sup>36</sup> Ver Anexo, evidencia 27.



de la persona agraviada D, desde que ella acudió a ese nosocomio por presentar molestias (10:00 horas) hasta que se le realizó la cirugía (23:30 horas) transcurrió un lapso aproximado de 13 horas, ello sometió al binomio (madre-hija) a un sufrimiento innecesario, aplazándole la atención de urgencia obstétrica que requería lo cual vulneró su derecho a la una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública y constituyó también violencia obstétrica.

Personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, a consecuencia de lo anterior, identificó en la persona agraviada D que presenta las secuelas siguientes:<sup>37</sup>

- a) Trastorno por estrés postraumático crónico.
- b) Depresión en intensidad leve, es posible que presente episodios represivos.
- c) Afectaciones significativas en los modales conductual y cognitivo.

Tomando en consideración el tiempo que dilató la atención de la persona agraviada, desde que ella acudió a ese nosocomio por presentar molestias (10:00 horas) hasta que se le realizó la cirugía (23:30 horas) transcurrió un lapso aproximado de 13 horas, ello sometió al binomio a un sufrimiento innecesario, aplazándole la atención de urgencia obstétrica que requería lo cual vulneró su derecho a la una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública y constituyó también violencia obstétrica.

#### **Caso E. Expediente CDHDF/III/122/MC/12/D0536.**

En el presente caso, la CDHDF conforme a la evidencia recabada acreditó que al cursar con un embarazo la persona agraviada E inició su control prenatal en junio de 2011 en el Centro de Salud Nicolás Totolapan; en el mes de diciembre de 2011 personal médico de ese Centro de Salud le informó que el producto de la gestación sería niño y que no presentaba ningún problema de salud, adicional a que ya se encontraba en posición para nacer, por lo que fue referida para la atención de su parto al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, donde se le negó el servicio.

El 16 de diciembre de 2011, fue atendida en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, al concluir su auscultación se determinó que el producto de la gestación presentaba una frecuencia fecal de 135 latidos por minuto para el 3 de enero de 2012 se determinó que esa frecuencia era de 140 latidos por minuto programándosele para cesárea y se le propuso un método anticonceptivo, *explicándose ventajas y desventajas, sin estar convencida en su totalidad la paciente y con el "respeto que merece".*<sup>38</sup>

En relación a lo anterior, la persona peticionaria refirió a personal de la CDHDF que cuando fue atendida en esta última ocasión, personal médico le comunicó que para su parto la programarían para cesárea debido a que por su baja estatura no podía tener parto natural, el doctor que la atendió le refirió "Yo te doy un consejo, opérese, ya vas a tener una niña y un niño, ¿para qué traer hijos a sufrir al mundo? ya nada más te dedicas a gozar".<sup>39</sup>

<sup>37</sup> Ver Anexo, evidencia 27.

<sup>38</sup> Ver Anexo, evidencia 29.

<sup>39</sup> Ver Anexo, evidencia 31.

Finalmente, su cirugía fue programada para el 4 de enero de 2012, fecha en la que se presentó a ese Hospital a las 7:00 horas, con las indicaciones médicas que se le realizaron (en ayunas), entregó todos sus documentos y personal del hospital inició la preparación para quirófano, *le hicieron la revisión del tacto, donde le dijeron que estaba pequeño su bebé, después de revisarlo diversos doctores jóvenes, llegó uno de mayor edad, quien de una manera molesta les dijo a los demás médicos que el ultrasonido no coincidía con la fecha que tenía de embarazo, pues aún faltaban 2 semanas, refiriendo que el bebé estaba muy pequeño y su corazón latía muy poco. Con palabras altisonantes y con prepotencia les dijo a los demás médicos: "Ya les dije que no programen para cesáreas, porque luego ¿Quién las opera?".*<sup>40</sup>

Una de las doctoras refirió que le hicieran un nuevo ultrasonido para corroborar como se encontraba el bebé, el doctor con actitud molesta le preguntó "¿quién te autorizó para que lo hicieras?", la doctora, le dijo que lo mandaría a hacer con otra doctora. El doctor de mayor edad le dijo a la persona agraviada E que era su responsabilidad, si le hacían la cesárea y su bebé salía mal, pues aún faltaban 2 semanas.

Al concluir el estudio que se le realizó, preguntó por la condición del bebé, pero la doctora que lo realizó, sólo le dijo: "ahorita que su doctor le explique", para que ello ocurriera la persona agraviada E informó a esta Comisión que transcurrió más de una hora y veía que, el doctor entraba y salía, a lo que en ese momento ella pensaba que la regresarían ya que le habían dicho que le faltaban 2 semanas.

Después escuchó que el doctor de mayor edad le dijo a uno más joven "cuando pasan esas cosas estos se manejan así". El doctor de mayor edad se acercó a la persona agraviada E y *con una risa en su cara que percibió en tono de burla y le dijo "señora lo siento mucho, su bebé está muerto", ella no lo creyó, preguntó si era una broma, a lo que el doctor le contestó aún en tono de burla "todavía está joven puede tener más", pero ella decidió no creerle argumentando que hasta que pudiera verlo lo creería, el doctor le comentó que su amiga se encontraba afuera y que ya se le había comentado lo que había sucedido.*

Posteriormente fue llevada a sala de parto, donde solicitó a los doctores que cuando naciera su hijo le permitieran verlo y cargarlo, estos le afirmaron que así sería; mientras la doctora solo la regañaba cada vez que se quejaba por los dolores ocasionados por las contracciones, diciéndole que se le quitarían hasta que naciera su hijo, "acuéstese aquí" y la jaloneó, (a lo que posteriormente de ser dada de alta observó que tenía su brazo con moretones), cuando nació su bebé comenta que alcanzó a verle la espalda y menciona que en ese momento la doctora le inyectó algo en el suero que de inmediato sintió hormigueo y no recuerda nada hasta que despertó al día siguiente, preguntó a la doctora por su bebé y solicitó verlo, la doctora le dijo que ya lo habían llevado a la morgue por lo que ya no lo podía ver.

Finalmente la llevaron a la sala de recuperación. El 5 de enero de 2012 fue dada de alta, su hermana le preguntó al doctor si podían ver al bebé, obteniendo la misma respuesta negativa, puesto que el bebé no estaba en buen estado. Conoció a su hijo, en el momento en que un sacerdote lo bautizó, refirió que antes de salir del hospital anhelaba tenerlo en sus brazos y saber cómo era, sin embargo recibió un gran impacto emocional, pues su bebé estaba congelado "cuando

---

<sup>40</sup> Ver Anexo, evidencia 31.



lo vi que estaba todo congelado no sé qué me pasó ahí fue algo que tengo todavía aquí en la cabeza y que no me esperé verlo así” lo enterró y se despidió de él, “le dije que yo lo quería mucho pero no era algo que yo esperaba que iba a pasar, mis planes no eran así dejarlo ahí, era llevármelos a los dos allá, así pasó todo”.<sup>41</sup>

Por lo anterior, esta Comisión tiene acreditado que personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal vulneró el derecho de la persona agraviada E a una vida libre de violencia, por realizarle comentarios irrespetuosos sobre el ejercicio de su sexualidad, generarle una expectativa respecto a la vida del producto de la gestación, falta de sensibilidad para hacerle del conocimiento el deceso del producto de la gestación, no permitirle verlo para despedirse de él, situación que ocurrió hasta que en la funeraria se le permitió verlo, así como cumplir con su obligación de garantizar de forma efectiva la protección a la vida prenatal.

### **Caso F. Expediente CDHDF/III/122/VC/121/D1081**

En este caso, la persona agraviada F y el producto de la gestación, sufrieron las consecuencias de un parto traumático que comenzó desde las 02:30 horas hasta las 22:15 horas del 28 de febrero de 2011, destacando el hecho que desde las 20:25 horas de ese mismo día, ya estaban presentes las condiciones para que el bebé naciera, pero tardó un tiempo de 110 minutos en ser expulsado, por las condicionantes que aquí se describen:<sup>42</sup>

Los médicos del Hospital Infantil Inguarán que valoraron al binomio materno fetal, desestimaron que se trataba de un embarazo de alto riesgo porque la persona agraviada F presentaba infección de vías urinarias, sin haberle realizado ultrasonido obstétrico ni pruebas de bienestar fetal, así como tampoco registro cardiotocográfico, estos últimos obligados cuando a la paciente se le había suministrado oxitocina y se le habían roto artificialmente las membranas para aprontar el parto, tal como ocurrió en este caso; y sin haber descartado el enredamiento del cordón umbilical en el producto, ni oxigenar a la madre para limitar en lo posible la asfixia intrauterina del producto, ya que está demostrado que en el primer minuto de su administración la presión de oxígeno en los tejidos fetales comenzó a elevarse y continuó aumentando en los 5 minutos siguientes.

Por consecuencia, la depresión que sufrió el niño recién nacido fue una condición clínica grave derivada de manera directa de las omisiones por parte de los médicos que atendieron a la persona agraviada F desde su ingreso, favorecidas aún más por la inadecuada administración de 13.5 unidades de oxitocina en un tiempo ocho horas, generando con ello la hipotonía uterina manifestada por 3, 4 y 5 contracciones en diez minutos, provocando estrés en el producto y sufrimiento fetal agudo, por la ruptura prematura de membranas de más de cinco horas, que favoreció el ascenso de la infección caracterizada por la leucorrea amarilla e infección urinaria a la madre durante todo el tiempo que estuvo con borramiento y dilatación completos, y lo más grave aún por el periodo expulsivo prolongado que tuvo una duración aproximada de 110 minutos, recordando que se reportó con dilación y borramiento completo desde las 20:25 horas, naciendo el producto de la gestación hasta las 22:15 horas del 28 de febrero de 2011.

---

<sup>41</sup> Ver Anexo, evidencia 31.

<sup>42</sup> Ver Anexo, evidencias 32 y 33.

Aunado a lo anterior, se presenta violencia obstétrica cuando la peticionaria señaló al personal médico que ella había detectado que su bebé no podía nacer porque tenía el cordón umbilical enredado al cuello, y solicitó que le practicara la cesárea, pero estas peticiones fueron ignoradas diciéndole que muchos niños habían nacido así, posteriormente al momento de estar en el trabajo de parto y sufrir las consecuencias de que el bebé no podía ser expulsado, se sintió débil, recibiendo una inyección que la hizo sentirse todavía más débil, hasta que un médico le oprimió el vientre para que pudiera salir el producto.<sup>43</sup>

Llama también la atención el hecho de que nunca se le brindó una información clara sobre las consecuencias y enfermedades que agobiaron a su hijo con motivo del parto traumático que sufrió, ella solamente veía al bebé que estaba siendo oxigenado y que tenía conectados diversos “tubitos” hasta que 23 días después se le indicó que ya se llevara a su bebé, siendo que ella misma vuelve a sospechar que todavía no están listas las condiciones de salud para su egreso, por lo que le dicen que si no se lo llevaba, sería “bajo su propio riesgo”, por lo que la peticionaria tuvo que egresarlo para llevarlo a otros Centros de Salud y Hospitales donde hasta entonces se le brindó el verdadero diagnóstico de que su bebé tenía un grave daño cerebral ocasionado por la falta de oxígeno al momento de nacer, señalándole que la única manera de rehabilitación para su hijo sería la estimulación temprana.<sup>44</sup>

Conforme al dictamen médico de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos,<sup>45</sup> gran parte de los eventos de sufrimiento sufridos por la madre agraviada F y su producto que fueron descritos en este apartado, podían haberse evitado si hubiese existido la correcta supervisión médica y se hubiera considerado la alternativa de la cesárea, tal y como lo había solicitado la propia peticionaria.

En este caso, la violación al derecho humano a una vida libre de violencia se acredita con el hecho de que no hubo una valoración adecuada de los problemas de salud que estaba confrontando la persona agraviada E al momento del parto, y dejar que se desarrollara un trabajo parto doloroso y de larga duración para la madre el cual generó también el sufrimiento fetal, mismo que se pudo haber evitado si se hubiera llevado a cabo desde un principio una supervisión adecuada, así como una intervención médica de cesárea.

La violencia obstétrica se agrava cuando a la persona agraviada E no se le informó sobre las verdaderas condiciones de salud y el diagnóstico acerca de las condiciones de salud de su hijo, dejándole en condiciones de incertidumbre sobre este aspecto por espacio de 23 días, hasta que se le ordenó egresar a su bebé sin mayor explicación, por lo que la madre se ve compelida a buscar apoyo en otro nosocomio debido a que al egresar su hijo del Hospital, nuevamente se puso en situación de salud grave.

### **Caso G. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/12/D5551**

En el presente caso, la CDHDF identificó actos en los que personal médico y de enfermería del Hospital General Tláhuac incurrió como el hecho de haberle informado únicamente a la hija menor de edad de la persona agraviada G sobre su estado de salud, solicitándole que firmara de enterada

<sup>43</sup> Ver Anexo, evidencia 32.

<sup>44</sup> *Ibidem*.

<sup>45</sup> Ver Anexo, evidencia 36.

aun sin saber si la misma era mayor de edad, refiriendo que por sus rasgos físicos parecía una persona adulta.<sup>46</sup> Por otro lado de manera previa se generaron actos de violencia en contra de la hija de la agraviada a quien al preguntar por el estado de salud de su madre le informaron que se encontraba bien y que había tenido una niña, siendo que su madre presentaba ya una hemorragia que ponía en riesgo su estado de salud y el producto de su embarazo había sido un niño.<sup>47</sup>

A partir de estos hechos de insensibilidad para notificar el estado de salud de la persona agraviada G a una persona menor de edad, es que se acredita la vulneración al derecho a una vida libre de violencia en agravio de una persona menor de edad hija de la persona agraviada G.

#### **Caso H. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/D6186**

En el presente caso, la CDHDF identificó violaciones al derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada H, en razón de que desde el día 29 de septiembre de 2012, fecha en que acudió al Hospital General de Ticomán para atención de su parto se le aplazó la misma no obstante de que también presentaba presión arterial alta. Lo mismo aconteció el 2 de octubre de 2012 por la mañana cuando a las 12:32 horas, fue revisada por una médico "practicante" que nunca se identificó.<sup>48</sup> En esa revisión escuchó el corazón de su bebé y le indicaron que "todavía le faltaba" por lo que le ordenaron se fuera a caminar 4 horas. Cuando regresó ya no aguantaba los dolores, entonces le dijeron que "ya no escuchaban a la bebé", por ello la enviaron a que se realizara un ultrasonido. Durante este tiempo la persona agraviada H se encontraba sola y cuando regresó con la doctora le dijo "vamos a tener que sacártelo" ella no había entendido bien y preguntó a qué se refería, por lo que la doctora le dijo que su bebé ya no tenía latido; pidió salir y le avisó a su mamá que la bebé ya había muerto.

La persona agraviada H, informó a este Organismo que durante el tiempo que estuvo esperando a dar alumbramiento había muchas mujeres esperando ser atendidas, por lo que a ella la dejaron en la camilla muchas horas. Durante ese tiempo fueron varias personas, hombres y mujeres que pasaban a revisarla y "le metían los dedos" para ver si ya había dilatado sin explicarle el motivo de ello ni solicitarle su autorización. Imagina que eran enfermeras y enfermeros, pero ninguno le dio su nombre o se presentó.

Luego de que tuvo el alumbramiento de su hija, personal de ese nosocomio la hacían sentir mal cada vez que se referían a ella [como cuando se acercaban los practicantes] les decían que era un "óbito"; hasta la fecha desconoce los motivos por los que se murió su bebé, no se explica por qué ocurrió esto si cuando ella llegó al Hospital estaba bien y de pronto sólo le dijeron que ya no tenía latido.<sup>49</sup>

Los hechos anteriores la hicieron sentir que si seguía ahí no iba a salir viva, se sintió maltratada y humillada, por lo que su mamá solicitó y firmó su alta voluntaria. La persona agraviada H, informó a esta Comisión que después de que falleció su bebé presentó una "etapa rebelde", pues no llegaba a su casa, bebía para poder conciliar el sueño, sentía una presión en el pecho y varias veces fue

<sup>46</sup> Ver Anexo, evidencia 47.

<sup>47</sup> Ver Anexo, evidencia 46.

<sup>48</sup> Ver Anexo, evidencias 63 y 64.

<sup>49</sup> Ver Anexo, evidencia 65.

llevada a emergencias del Hospital General Ticomán y con su doctora particular porque se sentía muy mal. Esta situación duró varios meses.<sup>50</sup>

Personal de la CDHDF en el estudio de impacto psicosocial que se realizó a la persona agraviada H concluyó que dado los hechos que vivió sigue presentando síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad; así como un proceso de duelo inadecuado debido a la falta de atención especializada, afectando de manera significativa su vida cotidiana e impidiendo pueda retomar su proyecto de vida.<sup>51</sup>

En este sentido, la CDHDF tiene por acreditado que personal de salud de la Sedesa vulneró el derecho de la persona agraviada H a una vida libre de violencia, ya que se le causó un sufrimiento físico y psicológico derivado de su actuar en el ámbito de la salud pública, con lo cual también se omitió garantizar la obligación que se tenía de proteger de forma efectiva la vida prenatal.

### Caso I. Expediente CDHDF/III/121/TLAL/12/N7656

En este caso, se tiene probado por la CDHDF que la persona agraviada I no recibió una atención médica oportuna del personal de salud que le atendió en el Hospital General Ajusco Medio "Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez", en razón de lo siguiente:

El día 6 de enero de 2013, aproximadamente a las 1:00 a 2:00 horas, acudió al referido nosocomio porque presentaba contracciones cada cinco minutos por su embarazo. Una médica la auscultó y del tacto vaginal que le realizó le informó que presentaba un centímetro de dilatación, lo cual la persona agraviada I cuestionó porque ese resultado era el que presentó en la revisión que hacía cuatro días (2 de enero de 2012) le había realizado otra médica de ese nosocomio, pero por respuesta la doctora le dijo: "SI PERO NO TE VOY A DETENER", NO ES NECESARIO QUE TE QUEDES, EN LA SALA PORQUE NO TE VAMOS A ATENDER",<sup>52</sup> por lo que la persona agraviada I se retiró a su domicilio.

A las 18:00 horas del 6 de enero de 2012, las contracciones que presentaba la persona agraviada I eran más fuertes, por lo que acudió nuevamente al citado nosocomio, donde una vez que se registró se le indicó que pasara a urgencias, fue cuando acudió al baño y se percató de que le salía un líquido café vía vaginal, su mamá, quien era su acompañante, informó de ello a personal que allí se encontraba y fue cuando le indicaron que no era la sala donde debía de estar sino en ginecología, a la cual se dirigió y nuevamente le dijeron que esperara, su madre insistió con el personal de que la atendieran porque estaba mal, pero un médico les dijo que no se preocuparan que era normal. Cuando finalmente fue atendida, personal médico le informó que *el bebé se había hecho del baño* y la tenían que intervenir de urgencia; a las 22:30 horas, nació sin vida su hijo.<sup>53</sup>

Personal médico de este Organismo público autónomo en la consulta que realizó al expediente clínico de la persona agraviada I, advirtió que hubo tiempos de espera de ella para recibir la atención de más de una hora, ello le permitió concluir que la atención médica no fue adecuada y oportuna, existiendo retraso en la atención lo que contribuyó a la muerte fetal.

<sup>50</sup> Ver Anexo, evidencia 65.

<sup>51</sup> Ver Anexo, evidencia 67.

<sup>52</sup> Ver Anexo, evidencia 71.

<sup>53</sup> Ver anexo, evidencias 70, 71, 73.



El deceso del producto de la gestación, trajo consigo para la persona agraviada I y los integrantes de su familia (esposo e su otro hijo) impactos en diversas esferas, afectándolos en su salud emocional y en el caso particular de ella también ha ido en detrimento de su salud física. Esto en razón de lo siguiente:

[...] ha presentado alteraciones a nivel físico [...] no ha acudido a revisión, todo esto por un temor y rechazo hacia los ginecólogos y ginecólogas, manifestando su deseo de no regresar al Hospital donde fue atendida.

[...] supo que su hijo le había manifestado a la maestra de la escuela "no debo llorar, pues debo ser fuerte para mi mamá, pues ella llora y llora, y no quiero que llore más" [...]

Al encontrarse hospitalizada, no pudo estar presente durante la ceremonia religiosa y Rosario de despedida para su hijo [...]; lo cual le impidió realizar un ritual de despedida que coadyuvara en el manejo de su duelo. Tuvo sólo un momento en el hospital donde pudo verlo y despedirse de él, este evento es uno de los más impactantes para [...] [Nombre de la persona agraviada I] [...].

[...] el señor [...] [nombre del cónyuge de la persona agraviada I] trabajó el duelo [...]: "acudí a Oceánica le ayudaron con lo del bebé, en la terapia cargó a bebé, me dice lo besé, lo cargué, eso fue lo que me ayudó y quiero que tú te sientas más tranquila, yo sé que es difícil porque tú lo viviste nueve meses. Hasta eso me comprende y me dice cosas que aprendió."

En cuanto a su hijo [mayor], le ha referido que tendrán otro bebé, "el niño dice que ¡no! Porque tiene miedo de lo que pasó, me dice está bien, pero que no vaya a llorar, a él también le afectó porque dice mi hermana que a él le dijeron que estaba muerto y entró en shock y le salieron las lágrimas y dice que no lo puede creer."

[...]

Considera que otra afectación a futuro es que la muerte de su hijo se tuvo lugar en una fecha significativa como es día de reyes, desde entonces ella no ha podido disfrutar esa fecha con su otro hijo, lo cual le genera sentimientos de culpa, pero considera que ese día tendrá un significado diferente para ella.

## CONCLUSIONES

[...]

La sintomatología descrita por [la agraviada], está directamente relacionada los hechos descritos anteriormente, relacionadas con un proceso de duelo que no está elaborado completamente. [...]. Actualmente se encuentra en una etapa del proceso de duelo denominada adaptación a la pérdida o acomodación, en la que han disminuido los síntomas depresivos, se va recuperando la energía con periodos más largos de actividad dirigida a logros de objetivos. Sin embargo, esto no significa que el proceso de duelo haya sido elaborado adecuadamente ya que las circunstancias en las que tiene lugar el fallecimiento de su hijo, generan imposibilidad de atribuirle un sentido, además el carácter súbito de la muerte, y la imposibilidad de estar presente en el ritual de despedida, que coadyuvara en el manejo de su duelo, le generaron sentimientos de impotencia, situación que agrega un componente diferente al proceso normal de duelo; afectando su sistema de creencias y su integridad psicológica pues le impide dar sentido a la pérdida.<sup>54</sup>

[...]

<sup>54</sup> Ver Anexo, evidencia 74.

Por lo anterior, esta Comisión determina que en el presente caso, se vulneró el derecho de la persona agraviada así como de las personas integrantes de su familia a una vida libre de violencia ya que se le aplazó la atención médica urgente que requería de su parto dejando de garantizar el personal médico que la atendió el deber de cuidado efectivo de protección de la vida prenatal.

### **Caso J. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D0935**

En el caso se tiene que la persona agraviada J fue atendida de su parto en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México *Dr. Belisario Domínguez* el 12 de febrero de 2013. Durante su estancia en ese nosocomio fue víctima de diversos actos que le causaron afectaciones emocionales.

La propia persona agraviada J informó personal de esta Comisión que cuando llegó al Hospital (como a las ocho de la noche), se sintió muy mal, un médico la atendió le puso un aparato para oír los latidos y le dijo: “ya te vas a aliviar”, a lo cual, ella replica que no, porque era muy pronto, yo no me puedo aliviar ahorita y el doctor le contestó “ya no se puede esperar más”, por lo que se asustó pero ya estaba muy dilatada y la llevan a realizarse un ultrasonido y “entonces el bebé estaba volteado”; después, escuchó que un doctor le preguntó a otro “¿es cesárea?” y que le respondieron que no. Entonces personal médico la amarró con unas vendas en el corazón “pero yo ya no escuchaba nada y entonces pregunté ¿cómo está?” y solo le dijeron “necesitamos que te calmes” al sentir ella las contracciones muy fuertes jaloneó a un enfermero y gritó que “ya la atendieran” pero lo le hicieron caso<sup>55</sup>.

Aproximadamente a las tres de la mañana, gritó que la cambiaran porque “ya se había hecho del baño y tenía ganas de vomitar”, y la cambiaron media hora después<sup>56</sup>.

Alrededor de las cinco de la mañana le colocaron un catéter, lo cual autorizó porque le indicaron que eso haría que se le calmaran las contracciones, luego la dejaron sola, aunque cada cinco-diez minutos le tomaban la presión arterial, después, fueron a verla y le indicaron que aún no era tiempo, pero ante cada dolor de las contracciones, sentía la necesidad de pujar, pero las enfermeras le pedían que no pujara; no obstante, ya era mucho el dolor que sentía y les dijo a las enfermeras que “ya se lo sacaran” y los doctores y demás gente que pasaba, las callaban y les decían –a ella y a las demás internas- que “si querían tener hijos que se aguantaran” “aquí te vamos a ver el otro año”.

Al sentir que iba a alumbrar la persona agraviada J, lo informó a una doctora o enfermera que estaba enfrente, quien le respondió “alíviate, no pasa nada si lo tienes ahí” ante lo cual ella le respondió “no, ya lo tengo aquí (señalando su entrepierna)”; luego sintió un dolor muy fuerte y comenzó a pujar y esa doctora al momento de verla gritó: “a quirófano” la colocaron en una camilla y se la llevaron, ya en el momento de pasarla de la camilla a la cama del quirófano, le pidieron que pujara y entonces sintió que sacó el producto y todos las personas presentes comenzaron a correr, en ese momento escuchó un doctor pidiendo una inyección, aunque al momento en que le llevaron esa inyección, él dijo “ya no” y ella preguntó ¿qué pasó?, también recuerda que ella veía pura luz, que todavía traía el catéter, pero no sabe si le colocaron anestesia, le indicaron que le quitarían la placenta porque necesitaban limpiarla y comenzaron a “echarle aire”, lo cual le dolía mucho;

<sup>55</sup> Ver Anexo, evidencia 79.

<sup>56</sup> Ver Anexo, evidencia 79.



después, una enfermera le mostró al bebé, le dijo que era su hijo, que pesó como setecientos o seiscientos gramos y sin mayor explicación, se lo llevaron; posteriormente le inyectaron en una pierna y se despertó en la sala de recuperación, se quedó dormida; después unas enfermeras la despertaron para pedirle su Clave Única de Registro de Población (CURP) a fin de realizar el acta de defunción para entregar el cuerpo, aunque notó que “pasaban y buscaban el CURP” y de esa manera confirmó que su bebé estaba muerto. No le informaron a ella el deceso de su hijo ni le dieron alguna explicación<sup>57</sup>.

En razón de los actos de indiferencia, falta de sensibilidad, burlas, trato irrespetuoso del personal médico que atendió a la persona agraviada J durante la atención de su parto en el Hospital Dr. Belisario Domínguez, este Organismo tiene probado que se vulneró en su agravio el derecho de la persona agraviada J a una vida libre de violencia dentro del ámbito de la salud pública.

### **Caso K. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015**

El presente caso es uno de los más emblemáticos en lo que concierne a la vulneración al derecho humano a no sufrir una vida de violencia, en agravio de la persona agraviada K, ocurriendo los siguientes hechos en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez:

1.- Se le hizo firmar de manera obligatoria una hoja de cuyo contenido no se acuerda, por una médica quien decía en tono prepotente: “no, yo no me voy a meter en problemas, a mí me firman aquí, así que cualquier cosa yo no soy responsable de nada”.

2.- Cuando se le realizó el tacto vaginal, el médico tratante instruyó a un médico pasante para que le tocara el cuello uterino, sin avisarle a la persona agraviada K, ni solicitarle su autorización.

3.- Cuando se detectó por parte del personal médico que el cuello uterino no había dilatado lo suficiente y se tuvo que realizar la anestesia, la persona agraviada K sintió mucho dolor, por lo que sintió la necesidad de sentir contacto físico. Ante esta situación, una médica pasante le apoyaba tomándola de la mano, pero en una ocasión, al ausentarse dicha médica, la paciente se sujetó de una enfermera quien le contestó: “suélteme señora, no me agreda”.

4.- Cuando se detectó que posterior a la cesárea, era necesario realizar una intervención quirúrgica para retirarle la matriz [histerectomía], obtuvieron su consentimiento colocándole un bolígrafo en la mano, misma que le temblaba mucho, y le ayudaron a deslizar la pluma para rubricar el documento, en lugar de buscar el consentimiento con su esposo que estaban al pendiente de ella.

5.- Como en la histerectomía, es necesario “empaquetar” algunos órganos, los médicos comenzaron a identificar a la persona agraviada K, como: “la empaquetada”.

6.- Posterior a la tercer cirugía, el personal médico la puso a lactar, lo cual obstaculizó que pudiera convalecer de manera correcta generándole fiebre, hasta que el médico que la intervino quirúrgicamente en la segunda y tercera ocasión, [el Dr. Zubillaga] intervino llamando la atención del personal médico, procediendo a darle medicamento así como vendarla, con lo que se logró su

---

<sup>57</sup> Ver Anexo, evidencia 79.

recuperación. El hecho de poner a lactar en lugar de medicar a la persona agraviada K, le generó una situación de sufrimiento que pudo haberse evitado.

7.- Cuando el personal médico se enteró de que el esposo de la persona agraviada K había promovido una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, recibió los siguientes reclamos de parte de una doctora quien le mencionó: "Cómo se atreve a reclamar o poner eso, si no sabe la carga de trabajo que tenemos, usted no es la única a la que estamos atendiendo"; "pues deberías de estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios , si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para que te quiere, porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma".

8. El día en que se dio de alta a la persona agraviada K, le hicieron el siguiente comentario: "Ah, usted ya se va, sólo está generando estrés, usted ya se va a su casa". Sin embargo, la paciente les hizo la observación e que no podía salir del nosocomio porque aún faltaba que le retiraran los puntos de la cirugía, por lo que la enfermera le comenzó a retirar dichos puntos con una aguja, sin hacerle un lavado previo, ni ponerse guante ni cubrebocas, como le hacían las otras enfermeras cuando le curaban la herida.

Por estos hechos<sup>58</sup>, se acredita un esquema reiterado de violencia institucional verbal y físico de tipo obstétrico por parte del personal médico y de enfermería del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México *Dr. Belisario Domínguez* en agravio de la paciente en comento.

#### **Caso L. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D4569.**

En el presente caso, se acredita que la persona agraviada L fue víctima de violación a su derecho humano a una vida libre de violencia, toda vez que posterior al alumbramiento del producto y de la placenta, presentó una hemorragia la cual no pudo ser contenida con medicamento; sin embargo, no estaba presente ningún médico especialista en gineco obstetricia en el Hospital donde fue atendida [el nosocomio fue el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, y la ausencia de un médico(a) servidor público idóneo para la atención de esta emergencia duró desde las 06:00 hasta las 08:00 horas del día 6 de julio de 2013], aunado a que existió un retraso en la transfusión sanguínea de la paciente, hasta que finalmente fue transferida al Hospital General La Villa, donde fue atendida<sup>59</sup>.

Este retardo en la atención médica y transfusión sanguínea generó un esquema de sufrimiento en la paciente, mismo que se pudo haber evitado con la presencia de un médico especialista, y que de haberse retrasado aún más de lo que se ausentó, hubiera puesto en mayor riesgo la vida y la salud de esta persona<sup>60</sup>, con lo cual se acredita la vulneración al derecho a una vida libre de violencia.

#### **Caso M. Expediente CDHDF/III/121/CUAUH/13/D6468**

En el presente caso se acreditó la violación al derecho humano a una vida libre de violencia, cuando el médico obstetra del hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, responsable de dar seguimiento al embarazo de la persona agraviada M, al enterarse que vivía con VIH, la cuestionó sobre la

<sup>58</sup> Ver Anexo, evidencia 85.

<sup>59</sup> Ver Anexo, evidencia 87.

<sup>60</sup> Ver Anexo, evidencia 89.



posibilidad de que se sometiera a un procedimiento de control de la natalidad, respondiéndole la paciente que lo pensaría<sup>61</sup>.

En la siguiente consulta, la peticionaria M fue atendida por el mismo ginecólogo, durante la revisión estuvieron presentes algunos médicos pasantes quienes recibieron la instrucción de valorarla. En tanto, el médico le preguntó a la madre de la persona agraviada M si su hija había tomado ya una decisión en relación a “ligarse las trompas”, esta informó que la familia no estaba de acuerdo a lo que el médico comentó *“que como era posible que la apoyara sabiendo de la enfermedad de su hija y sobre la posibilidad de que el producto naciera con dicha enfermedad”*,<sup>62</sup> generando con ello un esquema de denigración verbal y vulneración al derecho humano a una vida libre de violencia, al haberla calificado como irresponsable delante de otros médicos pasantes.

#### **Caso N. Expediente CDHDF/III/122/CUAJ/13/D6882**

En el caso de la persona agraviada N, ya se había detectado mediante una atención de urgencia en el hospital Materno Infantil Cuajimalpa, en el mes de septiembre de 2013 que la paciente presentaba hipertensión gestacional [preeclampsia leve]; sin embargo, no se le dio seguimiento a este padecimiento mediante tratamiento con antihipertensivos. Posteriormente la paciente regresó a dicho Hospital a las 00:30 horas del 6 de octubre de 2013, con dolor abdominal. A las 04:00 horas se le da de alta, pero regresó a las 06:00 horas de ese mismo día porque ya presentaba convulsiones por lo que se procede a la cesárea, detectando mediante estudios de laboratorio que ya presentaba preeclampsia grave con Síndrome de Hellp<sup>63</sup>.

Ante esta contingencia médica y las crisis convulsivas que presentó la persona agraviada N, fue necesario suministrar diazepam en 5 mg., lo cual genera arritmias, hipotonía, disminución de la fuerza de succión, hipotermia y depresión moderada en el recién nacido, mientras que las convulsiones durante el parto aumentan el riesgo de hipoxia materna y acidosis neonatal, situación que ocurrió en el producto el cual presentó asfixia perinatal y acidosis metabólica<sup>64</sup>, las cuales lograron ser revertidas con el tratamiento ofrecido en el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa.

Por lo anterior, se concluye que el retraso en el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Hellp que padecía la persona agraviada N, causaron la asfixia perinatal y la acidosis que presentó el recién nacido, quien actualmente debe de estar en constante supervisión por las áreas de Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología Pediátrica, Oftalmología, Audiología y en estudios de gabinete hasta los 7 años de edad<sup>65</sup>.

Con motivo de los hechos aquí mencionados, se acredita la violación al derecho humano a vivir una vida libre de violencia, debido a que la persona agraviada N y su bebé fueron víctimas de un sufrimiento que pudo haberse evitado si se hubiera proporcionado el tratamiento con antihipertensivos a la persona agraviada N, sufrimiento que aún continúa ante la posibilidad de que se presente algún esquema de discapacidad por causa de los problemas que ocurrieron al momento del alumbramiento.

<sup>61</sup> Ver Anexo, evidencias 95 y 96.

<sup>62</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>63</sup> Ver Anexo, evidencias 98 y 99.

<sup>64</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

<sup>65</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

### Caso Ñ. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D7631

De acuerdo a la narración obtenida mediante valoración psicosocial,<sup>66</sup> esta Comisión pudo acreditar que la peticionaria Ñ fue víctima de violencia institucional, en función de la atención que recibió por parte de los servidores públicos del Hospital General Ticomán, ya que se acercó al hospital refiriendo dolor abdominal desde el día 23 de octubre de 2013. Después de la revisión le indicaron que regresara más tarde. Al día siguiente solicitó la atención médica en el servicio de urgencias y nuevamente “la regresaron” y tuvo que pasar un día con dolor en su casa.

Al regresar al Hospital por tercera ocasión y a partir de ese momento, inició la atención hospitalaria, con dolores muy fuertes, los médicos continuaron realizando tactos vaginales destacando que una doctora fue quien más la lastimó al revisarla, y cuando la persona agraviada Ñ le externó el dolor que le provocaba, la médico le respondió que “se tenía que aguantar” “espérese lo tenemos que hacer y me tenía que esperar sino me lastimaba más.”

En algún momento durante las revisiones le solicitaron los ultrasonidos que se había realizado durante todo el embarazo, ella contestó que su mamá era quien los tenía. Entre tanto una enfermera comenzó a preparar a la agraviada Ñ para cirugía, mientras un médico le indicaba que debía firmar la autorización para llevarla a cabo, argumentándole que era urgente la firma de su consentimiento, mencionando que si esperaba más tiempo, estaría en peligro la vida de su bebé, firmó y procedieron a “romperle la fuente” sin avisarle. Fue trasladada a un quirófano, le aplicaron la anestesia y perdió el conocimiento.

Aunado a lo anterior, la violación al derecho humano a una vida libre de violencia se acredita cuando a la persona agraviada Ñ se le colocó el dispositivo intrauterino después de que se le realizó la operación cesárea que permitió el nacimiento de su hijo, ya que encontrándose en el área de recuperación, llegaron unas médicas encargadas del tema de planificación familiar quienes ejerciéndole presión emocional, y sin mediar consentimiento informado por escrito, le colocaron el dispositivo intrauterino: La peticionaria Ñ narró lo siguiente: “Casi, casi ahí nos decían que a fuerza nos lo teníamos que poner ya sea el dispositivo o el que va en el brazo, pero en ese momento no lo tenían entonces me pusieron a mí el dispositivo intrauterino.”

Después de la cirugía comenzó a tener fiebre, la revisaban pero ella continuaba sin tener certeza de lo que sucedía, le suministraban medicamentos y en ocasiones las enfermeras le explicaban para qué. Continúo con fiebre alrededor de cuatro días y el fin de semana (30 y 31 octubre de 2013), le hicieron diferentes estudios y se detectó que tenía problemas. Una médica le indicó que tenían que hacerle una cirugía para quitarle los hematomas, señalándole que estaba en peligro su matriz y le dijo que probablemente tendrían que quitársela. Le hicieron saber que no tenía alternativa, pues su vida estaba en riesgo.

En cuanto a la información ofrecida a los familiares, la madre de la persona agraviada Ñ informó que se encontraba formada en una fila para recibir informes, cuando un médico pasante le pidió que le entregara todos los estudios que se habían realizado durante el embarazo, al preguntar el motivo por el cual estaban pidiéndolos, le dijo que al parecer el bebé estaba muy pequeño. Asimismo, esta

<sup>66</sup> Ver Anexo, evidencia 108.



persona le indicó que no se moviera del lugar pues se los devolvería; sin embargo, “pasó una hora, dos, pasó el tiempo y nunca me los entregaron, nada más eso me dijo que los necesitaba porque el bebé venía muy pequeñito y no me los regresaron.”

Posteriormente acudió en diversas ocasiones al módulo de informes donde le indicaban que tenía que esperar a que llevaran el informe; hasta las 6 de la tarde; aproximadamente le señalaron que había nacido su nieto mediante cesárea. La madre de la agraviada Ñ al preguntar sobre el estado de salud de su hija, le dijeron que estaba bien. Hasta el día siguiente del parto pudo ver a su hija.

La madre de la persona agraviada Ñ tenía conocimiento que el día sábado 30 de octubre su hija sería dada de alta, pero al llegar al hospital, su hija le refirió que no la dejarían salir porque presentaba fiebre. Aproximadamente las 4 de la tarde de ese día, acudió al área de informes; ahí le indicaron que buscara a la médico responsable; cuando la localizó, le preguntó el motivo por el cual su hija no había sido dada de alta, ésta le respondió de una manera hostil que en un momento la atendería. Cuando le hizo saber que deseaba recibir explicación sobre la situación de su hija, la doctora le manifestó que eran muchas pacientes y no la podía atender. Al día siguiente preguntó a otra médica, quien respondió de la misma manera.

De lo anterior se desprende que la persona agraviada Ñ y su familiar sufrieron la violación a su derecho humano a una vida libre de violencia por parte del personal del Hospital General Ticomán, en función de los tactos vaginales que la lastimaron, la intervención médica de emergencia sin haberle explicado de manera precisa las acciones médicas que se llevarían a cabo, ante lo cual también se sintió lastimada, así como el haber recibido indiferencia ante las solicitudes expresas de información, aunado a los regaños y las expresiones de ironía.

#### **Caso O. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D0431**

Desde el 27 de diciembre de 2013 la peticionaria acude al Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc por molestias relacionadas al embarazo, mediante valoración le indicaron que tenía 34 semanas de gestación. El 15 de enero de 2014 acudió al mismo hospital, la valoraron y le comentaron que vuelva más adelante. El día 22 se le encontró nuevamente en fase latente, por ello le mencionaron que se debía presentar en el Hospital General de Ticomán, en razón de que el médico adscrito al servicio de ginecología no se presentó a laborar.

A las nueve de la noche de ese día, se le trasladó al Hospital General de Ticomán, donde es valorada y hasta las 00:16 horas da a luz. Mientras tanto, en la sala de espera, no le brindaban informes al esposo de la agraviada O, sobre el estado de salud de la recién nacida, hasta que uno de ellos le informó que su hija había fallecido debido a que durante el parto había ingerido excremento, y otro médico le señaló que murió de un paro respiratorio<sup>67</sup>.

En relación a este caso, el esposo de la agraviada O, mediante comparecencia, manifestó que desde que fue con su esposa al Hospital General Ticomán el 22 de enero de 2014,<sup>68</sup> tuvo conocimiento de que ella padecía preeclampsia; no obstante, no le realizaron una cirugía cesárea y su esposa dio a luz mediante parto natural con el sufrimiento que ello implica y que se podía haber

<sup>67</sup> Ver Anexo, evidencia 110.

<sup>68</sup> Ver Anexo, evidencia 110.



evitado. En tanto, la opinión médica realizada por este Organismo señala que el retraso de dos horas en la atención del parto se debió a la carencia de insumos necesarios y vitales para atender una emergencia hospitalaria.

Lo anterior permite visualizar que en el contexto hospitalario del sistema de Salud del Distrito Federal, es recurrente normalizar que las mujeres embarazadas sean enviadas de un hospital a otro, no obstante que manifiesten dolor abdominal o malestar general, lo cual es una práctica abusiva permanente y legitimada en el entramado institucional, la cual debe ser considerada como violencia institucional y violatoria de derechos humanos.

En el presente caso, se acredita la violación al derecho humano a una vida libre de violencia generado por la ausencia de un adecuado seguimiento cuando a la persona agraviada se le hizo trasladarse del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec al Hospital General Ticomán, por la ausencia del personal médico, atrasando la atención oportuna de la atención hospitalaria e induciendo a la persona agraviada L a un trabajo de parto, cuando ella ya les había mencionado que presentaba preeclampsia, generando con ello, el sufrimiento innecesario a su persona y a la de su bebé quien falleció.

Aunado a lo anterior, existió insensibilidad por parte del personal médico para informar al esposo de la persona agraviada L, sobre el estado de salud de su esposa y su bebé, aunado a que tampoco se le informó cuáles fueron las causas verdaderas del fallecimiento del producto.

#### **Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D1108**

En el presente caso, la persona agraviada P acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán el día 6 de marzo de 2014 debido a que presentaba contracciones, pero un policía y un médico le negaron el paso sin registrar ese hecho en la bitácora de ingresos, Posteriormente la misma persona acudió al referido Hospital el día 7 de marzo, a las 22:28 horas, refiriendo que desde las 15 horas ya no percibía movimientos fetales, por lo que le fue extraído el producto el cual ya tenía entre 4 a 6 horas de haber fallecido<sup>69</sup>.

En posterior comparecencia ante este Organismo, la persona agraviada P y su mamá manifestaron lo que a continuación se transcribe:

"[...] solicita que adicionalmente se pida a las autoridades del Hospital que brinden un mejor servicio a las personas embarazadas y a sus familiares, más a los que al igual que ella presentan una discapacidad y por ello usa bastón para poderse mover, por lo que se le hacía muy pesado estar acudiendo a cada rato al hospital sin que les brindaran atención a su nuera. También está en desacuerdo en la forma en la que el policía de la puerta atiende a los usuarios, ya que es prepotente y grosero"<sup>70</sup>.

Por lo anteriormente enunciado, se acredita la vulneración al derecho humano a una vida libre de violencia en agravio de la persona peticionaria P y de su familia, debido al trato despectivo, indiferente insensible y de rechazo que fue denunciado en este expediente de queja.

<sup>69</sup> Ver Anexo, evidencia 119.

<sup>70</sup> Ver Anexo, evidencia 114.

**Caso Q. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D5848**

En el presente caso, la persona agraviada Q es una persona de 17 años de edad, a quien se le dio seguimiento de su embarazo en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepec. De las notas médicas se aprecia que personal de salud del referido nosocomio omitió darle el debido seguimiento ni tratamiento debido a la baja frecuencia cardiaca que presentaba el producto de la gestación<sup>71</sup>, como más adelante se describirá, falleciendo éste el día 18 de agosto de 2014.

Dado lo anterior, a la persona agraviada Q, personal de salud la intentó culpar por la muerte del bebé, acusándola de que un día antes no había acudido a dar seguimiento al trabajo de parto, siendo que la persona agraviada había acudido antes en los días 13, 14 y 15 de agosto de 2014, pero se le aplazó la atención de parto que requería, no obstante que se trataba de un embarazo de alto riesgo al ser una persona adolescente. Aunado a lo anterior, al informarle que ya había fallecido el producto se le cuestionó si realmente: “quería a su bebé” y cuando de manera conjunta con su mamá cuestionaron al personal médico sobre la causa del fallecimiento, no se les brindó respuesta alguna, señalando que ese no era el momento para hacerlo<sup>72</sup>.

Agregado a lo anterior, señala la paciente que durante su estancia en dicho nosocomio fue valorada por muchos médicos que están realizando sus prácticas los cuales no le brindaron la atención médica adecuada ya que no le suministraron los medicamentos a la hora indicada por estar atendiendo sus asuntos personales. El 22 de agosto, fue dada de alta, pero el personal médico que le entregó a su madre la hoja donde se daba de alta a la paciente, le pidió que firmara la hoja de alta con la leyenda: “recibo a mi hija en buen estado” y una vez que firmó, se le indicó que en realidad la persona agraviada Q todavía estaba delicada de salud<sup>73</sup>.

Conforme a los hechos aquí señalados, existe un esquema de aplazamiento de la atención que la persona agraviada Q requería para su parto, insensibilidad, indiferencia, menosprecio y trato irrespetuoso hacia su persona y la de su madre, como formas de violencia institucional y obstétrica que vulneraron su derecho a vivir una vida libre de violencia.

**Caso R. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/14/D6353**

En el caso de la persona agraviada R, llegó el 19 de noviembre de 2012 al Hospital General Iztapalapa buscando atención médica, llegándose a monitorear a las 08:00 que el producto presentaba una frecuencia cardiaca de 192 latidos por minuto, pero no fue sino hasta las 13 horas que se determinó realizar la cesárea debido a que el cuello uterino no presentó dilatación. A las 14 horas se extrajo al producto, mismo que presentó encefalopatía hipóxico isquémica<sup>74</sup>.

Posterior a estos hechos, [a las 19:55 horas del día 19 de noviembre de 2012], la persona agraviada R presentó hemorragia obstétrica, pero en ese momento el Hospital General Iztapalapa no contaba con el personal idóneo para la atención médica urgente que ameritaba el caso, tampoco se contaba

---

<sup>71</sup> Ver Anexo, evidencia 124.

<sup>72</sup> Ver Anexo, evidencia 125.

<sup>73</sup> Ver Anexo, evidencia 125.

<sup>74</sup> Ver Anexo, evidencia 128.

con el servicio de Banco de Sangre porque no había personal en el mismo. A las 21:16 horas presentó choque hipovolémico, pero no fue sino hasta las 23:30 horas que se le aplican 2 concentrados eritrocitarios, para ser trasladada finalmente al Hospital General Tláhuac<sup>75</sup>.

Con estos hechos, se acredita la vulneración al derecho humano a vivir una vida libre de violencia en agravio de la persona agraviada R y de su hijo, toda vez que de haberse realizado un diagnóstico oportuno, se podría haber adelantado el procedimiento quirúrgico que permitiera extraer al producto para evitar que presentara el padecimiento que actualmente le aqueja, y por consecuencia, que la madre estuviera en el sufrimiento de un trabajo de parto infructuoso por un espacio de 5 horas.

En este tenor, la carencia de personal médico para atender la emergencia obstétrica así como el Banco de Sangre, fue otro factor que generó un sufrimiento innecesario en agravio de la persona agraviada R, quien tuvo que esperar un tiempo aproximado de 4 horas y media para que pudiera recibir unidades que pudieran suplir la pérdida del líquido hemático.

### **Caso S. Expediente CDHUO/III/122/IZTP/14/D6747**

En el presente caso, se tienen probados una serie de eventos que vivió la persona agraviada<sup>76</sup> S en el Hospital de Especialidades Médicas Ciudad de México, *Dr. Belisario Domínguez*, en razón de lo siguiente:

- No había personal para registrar a quienes querían ingresar para recibir atención médica en el referido Hospital. En dicho lugar se encontraban varias personas formadas esperando poder registrarse, pero no había personal que las atendiera, al fondo de la oficina se observaba una servidora pública de bata rosa con flores platicando con un policía, quien al ver ya el número de personas formadas tardó entre 5 o diez minutos en acudir al mostrador y comenzar a registrarlas en una libreta de pasta gruesa color azul con las hojas rayadas con varios colores en el costado.
- El compañero de la persona agraviada S le refirió a dicha servidora pública que su pareja estaba mareada, con dolores y que probablemente estaba ya por "dar a luz", situación que la servidora pública no apuntó en la libreta y sólo le preguntó en donde se encontraba su pareja y nuevamente el número de semanas de gestación que tenía, respondiéndole que tenía las semanas completas e inclusive se había pasado por 1 o 2 días, que ya habían acudido a ese hospital previamente por la disminución del líquido amniótico; sin embargo la servidora pública le indicó que había mucha gente esperando antes que él y que era todo y que subiera con su pareja hasta que los llamaran para valoración.
- Al momento de subir a la sala de espera de Urgencias, en donde se encontraba su pareja, ésta le refirió que los dolores eran más constantes y que quería ir al baño, por lo que se retiró al baño para ir a hacer pipí.
- Refiere la persona agraviada S que después de hacer pipí se estaba subiendo el pantalón cuando sintió que se le rompió la fuente por lo que se bajó el pantalón y al acercarse nuevamente a la taza del baño, sintió la cabeza de la bebé por lo que le gritó a su pareja, pero en ese mismo momento fue expulsado todo el producto.

<sup>75</sup> Ver Anexo, evidencia 131.

<sup>76</sup> Ver Anexo, evidencia 137.

- Ante esta situación no fue el personal médico quien atendió de inmediato a la persona agraviada S, sino unas señoras que estaban en la sala de espera; el compañero de la paciente calculo que transcurrió un espacio de tiempo aproximado de 10 minutos para que llegara un camillero y una enfermera para recoger a la bebé y a su madre.
- Al no recibir más información sobre su pareja y la bebé, se comunicó con sus familiares para que acudieran al Hospital. Al llegar su cuñado, acudieron a la otra entrada del Hospital a presentar su inconformidad por lo sucedido, pero el policía que se encontraba en el área de ingreso les informó que ni el Director o el Subdirector se encontraban en esos momentos, por lo que los llevaron con el Jefe de Turno.
- Dicho servidor público suponían que no los quería atender, ya que solo pasaba enfrente de donde estaban sentados y les decía "ahorita los atiendo" y se retiraba, así en varias ocasiones, hasta que su cuñado se desesperó y le preguntó si los atendería o no. el funcionario visiblemente molesto y en forma grosera los pasó a una oficina en donde procedió a llamar por teléfono a alguien y solicitar información sobre la señora [Nombre de la persona agraviada S] y su bebé, para después decirles que ambas se encontraban bien de salud. Su cuñado ya molesto por la atención que estaban recibiendo de parte de dicho servidor público, le externó la inconformidad por la falta de médicos, de informes y la mala atención que estaban recibiendo que si era necesario que acudieran con un abogado, a lo cual el funcionario contestó que "no es mi problema, hagan lo que quieran hacer, yo solo soy el encargado de turno, y que no había personal en el área de urgencia por el cambio de turno".

Los hechos descritos, vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada por no haberle proporcionado oportunamente la atención de la urgencia obstétrica que presentaba e indiferencia, los cuales provocaron el nacimiento "fortuito" de su hija en el baño del Hospital de Especialidades Médicas Belisario Domínguez.

#### **Caso T. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D6887**

El día 24 de octubre de 2014, siendo aproximadamente las 08:00 horas, la persona agraviada T, se presentó a una cita en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde los médicos determinaron realizarle un desprendimiento de membranas "porque el bebé ya estaba muy grande", posteriormente la regresaron a su casa para que la paciente volviera al hospital alrededor de las 15:00 horas debido a que comenzó a sangrar abundantemente. Una vez ingresada, fue informada por personal médico que tenía 4 centímetros de dilatación del cuello uterino, por lo que debían ponerla en observación y aguardar a que tuviera mayor dilatación. Durante el transcurso de las horas, la dilatación aumentó hasta los 10 centímetros pero, según lo narrado por la madre de la persona agraviada T, los médicos le decían que su hija "se estaba poniendo muy loca y si no se calmaba no podían hacer nada", haciendo firmar a la persona agraviada T cartas responsivas y de consentimiento informado, así como un supuesto pase de salida del Hospital<sup>77</sup>.

Alrededor de las 21:25 horas de ese mismo día, la persona agraviada T tuvo el alumbramiento, pero los médicos le indicaron a la madre de ésta que el niño había nacido con asfisia perinatal, ya que supuestamente "se metió otra vez" durante la cirugía, además de tener la cabeza "abollada".

<sup>77</sup> Ver Anexo, evidencia 140.



Por su parte, la persona agraviada T manifestó que durante las horas en que estuvo esperando para alumbrar en el Hospital Materno Infantil "Inguarán", tuvo mucho dolor y efectivamente gritaba y se mecía en la camilla a raíz de ello, por lo que una doctora a través de intimidaciones le hizo firmar las cartas referidas para que asumiera la culpa o responsabilidad si algo le sucedía a ella o al bebé.

Derivado del dolor que sentía, solicitó le realizaran una cesárea pero ésta no le fue practicada. Además, los médicos le señalaron que no contaban con cuneros en el Hospital para su hijo, situación por la que solicitó le permitieran salir y por ello firmó su pase de salida; sin embargo permaneció en el multicitado nosocomio. [...] alrededor de las 20:00 horas, cuando ya tenía 10 centímetros de dilatación, una anesthesióloga se presentó para supuestamente aplicarle anestesia y le dijo que si hacía "berrinches" se marcharía. Al estarla examinando le dio una fuerte contracción que la hizo sujetar el brazo de la doctora, quien se molestó y le dijo "te lo advertí", para después irse y no regresar.

Conforme al análisis<sup>78</sup> del personal médico de la coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, se acreditó que no solamente se le privó a la paciente del beneficio de la anestesia, sino que se le inyectó el medicamento denominado Oxitocina, el cual causa mucho dolor obstétrico, mismo medicamento del cual no se explica el por qué fue suministrado si el trabajo de parto no se había estacionado.

El personal médico del Hospital Materno Infantil acusó a la paciente de ser poco cooperadora; sin embargo, ello se debió a la presencia del dolor obstétrico que presentó. Tampoco existe constancia en el expediente clínico de que se le haya brindado a la persona agraviada T, el acompañamiento emocional que necesitaba, sobre todo de su familia, a pesar de que estos querían verla.

En cuanto al bebé de la persona agraviada T, personal del Hospital Materno Infantil Inguarán le generó sufrimiento innecesario toda vez que el suministro de Oxitocina sin un manejo adecuado, puede ser un factor de riesgo para que el producto presente encefalopatía hipóxico esquémica [padecimiento que afecta actualmente al bebé], aunado a que una de las consecuencias de presentar dolor prolongado durante el trabajo de parto es que ocasiona constricción arterial y como consecuencia hipoperfusión uterina, hipoxia fetal y acidosis fetal, mismas que afectaron al producto, siendo que todos estos factores, pudieron haberse prevenido y evitado.

Aunado a lo anterior, a la persona agraviada T no se le informó la carencia de cuneros para atender a su hijo en el Hospital Materno Infantil Inguarán, sino hasta cincuenta y cinco minutos después de concluido el parto [El parto terminó a las 21:25 horas y la información sobre la carencia de cuneros se le proporcionó a las 22:30 horas]. Esto generó que la paciente se mostrara angustiada, ansiosa y preguntando de manera insistente por su hijo.

Todas las condicionantes aquí enumeradas, evidencian violencia obstétrica en un ámbito de salud pública por el trato irrespetuoso, la insensibilidad, agresión física e indiferencia que vulneraron el derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada T, su hijo y sus familiares.

---

<sup>78</sup> Ver Anexo, evidencia 144.

**Caso U. Expediente CDHDF/III/122/VC/15/D0409**

El presente caso se relaciona con la vulneración del derecho a una vida libre de violencia de la persona adolescente U, en quien inicia la generación de violencia en el Hospital Materno Infantil Inguarán al aplazársele el 4 de diciembre de 2014 la atención que requería de su parto y que continuó para con ella y la ejercida a sus padres y durante el tiempo que estuvo ingresada en ese nosocomio y durante su traslado al Hospital de Tláhuac.

La persona agraviada U, en compañía de la persona agraviada U1, acudió el 4 de diciembre de 2014, al Hospital Materno Infantil Inguarán dado que presentaba dolor en el vientre y se encontraba embarazada, sin embargo personal médico le dijo que ello se debía a que el bebé se estaba acomodando, sin brindarle una atención especializada por tratarse de una persona adolescente y en consecuencia cursar con un embarazo de alto riesgo, pero la persona agraviada U, continuó con dolor por lo que su padre la llevó a un médico particular, quien le informó que casi ya no tenía líquido amniótico y que era urgente que la atendieran, por lo que nuevamente regresó al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde fue ingresada a las 13:30 horas del 8 de diciembre de 2014.<sup>79</sup>

En dicho nosocomio por la condición que presentaba se le realizó una cirugía cesárea, informándose a los padres de la persona agraviada U, que tanto ella como su hijo se encontraban bien y a pregunta de ellos se les dijo que no se podían quedar que regresaran al día siguiente a la hora de la visita, ello sin considerar la minoría de edad de la paciente.

El 9 de diciembre de 2014, los padres de la persona agraviada U, recibieron una llamada telefónica de emergencia indicándoles que su hija presentó una complicación de salud porque había realizado un movimiento brusco y se había desangrado, por lo que habían tenido que hacer una segunda cirugía, aunado a que la debían trasladarla al Hospital General Tláhuac.

Conforme a la información proporcionada por la madre de la persona agraviada U,<sup>80</sup> ésta tenía "muchísima" sangre en el pecho, boca y se encontraba llena de tubos, pero antes de ser subida a la ambulancia para el referido traslado un médico se dirigió a la hermana menor de la persona agraviada U de 7 años de edad, a quien le dijo: "ven dale un beso, despídete de tu hermana".

Personal que realizaba el traslado, durante el mismo realizó comentarios que la violentaron como en su persona, tales como: -¿Usted es su mamá? ¿Cuántos años tenía? Está muy chiquita para estar embarazada, ¿Y se enojó usted cuando supo que estaba embarazada? ¿Qué le dijo?-Pues sí me molesté como cualquier mamá-me dijo: -¿Y no la corrió de su casa?- no, no la corré, la apoyé, -ah, es que está muy chiquita para haber salido embarazada-".

Los hechos descritos acreditan la vulneración al derecho a una vida libre de violencia de las personas agraviadas en un ámbito de salud pública y que constituyen violencia obstétrica al haberle aplazado la atención de su parto a la persona agraviada U, así como para su hermana menor de edad ante la falta de sensibilidad de la condición que presentaba le indicó que se despidiera de ella y también en agravio de los padres de la persona agraviada U.

<sup>79</sup> Ver Anexo, evidencias 146, 147, 148 y 150.

<sup>80</sup> Ver Anexo, evidencia 148.

### Caso V. Expediente CDHDF/III/121/VC/15/D1068

En el presente caso, se tiene que a la persona agraviada V, el día 25 de diciembre de 2014 se le negó la atención médica que requería por trabajo de parto en el Hospital General Iztapalapa, indicándole que: *no hay doctores y que regresara en 8 horas o que se fuera a otro hospital, dado que era día festivo*, sin sugerirle algún hospital o referirla a alguno. En el expediente clínico dicho médico anotó que diagnosticó a la paciente “pródromos de trabajo de parto” (inicio de trabajo de parto), informándole los datos de alarma obstétrica y citándola en 4 horas para valoración.<sup>81</sup>

Dado lo anterior, a sugerencia de su suegra acudieron al Hospital de Balbuena, donde solo le recabaron su nombre y la registraron para decirle que no le otorgarían el servicio porque “no había ginecólogo”, por lo que salió a buscar otro Hospital. A las afueras de ese nosocomio, unos policías al verla adolorida le informaron que existía el Hospital Materno Infantil de “Inguarán”, que se especializaba en la atención materna, acudiendo al mismo aproximadamente a las 6:00 horas del día 26 de diciembre de 2014.<sup>82</sup>

En el Hospital Materno Infantil de “Inguarán”, fue atendida a las 6:13 horas, donde un médico le practicó un tacto vaginal preguntándole quién viene con usted, respondiendo la persona agraviada U que su esposo y su suegra. Durante su entrevista clínica informó al médico que su anterior parto fue por cesárea, el doctor le preguntó el por qué y ella respondió que los médicos le explicaron que tenía estrecho el cuello del útero a lo que éste le dio indicaciones para prepararla para la realización de la cirugía.<sup>83</sup>

Posteriormente, fue llevada en camilla al área de trabajo de parto, donde otros médicos comentan “a poco va para cesárea, ese doctor siempre nos lo manda para cesárea”. Después le practicaron otro tacto y presentó 2 centímetros de dilatación. Le rompieron la bolsa de líquido amniótico y los dolores aumentaron, la persona agraviada V, comentó “me rompen la fuente ellos me la truenan y en comparación con mi anterior embarazo los dolores eran más fuertes y más seguidos”, “sentía que perdía el conocimiento”, le decían “¡es que no se queje señora!”, “¡es que mamacita no grite, sino no, no la van a atender!”, “es que nosotros sabemos lo que se siente”, “espérate, todavía te falta”, “nosotros sabemos lo que duele, pero ni modo se tiene que aguantar”, después de esos comentarios la prepararon para la cirugía.

Aproximadamente a la 13:00 horas, un médico anesthesiólogo le dijo “Espérese, ahorita ya la vamos a inyectar y se le van a pasar los dolores”, cuando le colocaron la inyección empezó a sentir calambres en la pierna derecha, lo cual informó al personal de salud que la atendía, respondiéndole: “se pasan los dolores, pero mi pierna derecha yo sentí más feo, pero ya no dije nada porque no sé si se pasó de anestesia o algo porque yo ya no puede hablar, como que se me durmió”.

Cuando estaba en la sala de recuperación, informó a una enfermera que le dolía mucho el pie derecho y que no lo puede mover, a lo que ésta le respondió: “eso es por lo de la anestesia, muévelos, si tratas de moverlos, se te va a pasar”. Posteriormente el médico anesthesiólogo le

<sup>81</sup> Ver Anexo, evidencia 156.

<sup>82</sup> Ver Anexo, evidencias 153 y 155.

<sup>83</sup> Ver Anexo, evidencias 153 y 155.



comentó “mamacita la tuvimos que operar, para que ya no tuvieras hijos, porque se te tronó el útero”.

Durante el tiempo que estuvo en ese nosocomio, personal de salud del referido hospital le decía “pero por qué no se quiere operar”, “es que la tercera cesárea ya no la va a contar”. Fue ingresada a piso aproximadamente a las 19:00 horas, pero al continuar con dolor en la pierna, sin revisarla le prescribieron un calmante de nombre ketorolaco; personal de enfermería le decía: “pues dígales a los doctores, y ya les digo que me duele mucho, y pues no, les decía y pues no hacían nada”.

Al día siguiente por la mañana, cuando se incorporó para bañarse, sintió que no podía apoyar el pie, el dolor era intenso, sintió mareos, y personal de enfermería la sostuvo. Una de las enfermeras le proporcionó una silla de ruedas y la ayudó a bañarse. Les comentó que le dolían los pies y que los tenía hinchados, a lo que las enfermeras dijeron “pues dígales a los doctores”. Cuando pasó una médica residente la persona agraviada V le informó de la molestia que sentía en el pie, respondiéndole ésta “ahorita va a venir otro doctor a checar, yo te voy a tomar unas muestras de sangre”, luego un médico la auscultó y le hizo los siguientes comentarios: “¿qué tiene?”, “¿qué siente?”, “es de la anestesia pero no se preocupe, porque 2 de 1000 quedan cojas”, la persona agraviada V comentó a personal de este Organismo que ese comentario “en vez de hacerme sentir bien me hizo sentir mal”.<sup>84</sup>

Los hechos descritos y probados, permiten determinar a la CDHDF que se vulneró el derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada V, por la negación de la atención médica que requería en los Hospitales General de Iztapalapa y Balbuena y la insensibilidad, indiferencia y trato irrespetuoso que recibió de personal de salud en el Hospital Materno Infantil de Inguarán, todas ellas como formas de violencia obstétrica dentro del ámbito de la salud pública.

#### **VI.4. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal.**

El derecho a la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en el contexto de la ausencia de afecciones o enfermedades en el cuerpo humano;<sup>85</sup> es decir, 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.<sup>86</sup>

Este derecho está reconocido en diversos instrumentos internacionales; dentro del sistema universal, el derecho a la salud se encuentra previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante PIDESC), en el cual se establece el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

<sup>84</sup> Ver Anexo, evidencias 153 y 155.

<sup>85</sup> Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.

<sup>86</sup> Cfr. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>> Consultada el 9 de enero de 2014.

Por lo que hace al sistema interamericano, la Convención Americana establece la obligación para los Estados parte, de adoptar medidas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, así como el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad.<sup>87</sup> En el mismo sentido, la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador", con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, exhorta a los Estados Parte a que reconozcan a la salud como un bien público; asimismo, 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;  
[...]
- c. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.<sup>88</sup>

En concordancia con lo anterior, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en adelante, el Comité DESC], encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, en su Observación General 14, 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 deben estar al alcance geográfico de todas las personas, y también deben ser accesibles para personas con discapacidad;

<sup>87</sup> 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.

<sup>88</sup> Cfr. Protocolo de "San Salvador". Artículo 10.



iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos, en el sentido de que los gastos en los que se deba incurrir para acceder a ellos no sea una carga desproporcionada para quien lo necesita;

iv) Acceso a la información: este elemento implica el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relativas al derecho a la salud.

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.<sup>89</sup>

Por lo que respecta al ordenamiento jurídico interno, el derecho a la salud se encuentra contemplado en el artículo 4º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante CPEUM), el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Asimismo, la Ley de Salud del Distrito Federal, en su artículo 2º señala que “los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud.

La misma ley establece en su artículo 4º, que dentro del derecho a la protección a la salud, existen lineamientos consagrados a la protección de la integridad física y psicológica de las personas usuarias:

[...] Para los efectos de la presente Ley, el derecho a la protección a la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

Es importante señalar que para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de la población en general, es necesario adoptar medidas especiales dirigidas a los grupos que tienen una protección reforzada como son las mujeres y las niñas, niños y adolescentes, particularmente cuando aquellas estén embarazadas y éstas y éstos se encuentren en la primera infancia.

<sup>89</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Resolución E/C.12/2000/4. Párrafo 12.

Respecto a la salud materna, la CEDAW, 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 puerperio, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.<sup>90</sup>

Al interpretar el alcance del artículo 12 de esa Convención el Comité 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 la asignación a esos servicios del 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 resulta necesario acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad.”<sup>91</sup>

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; y exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, entre otros.<sup>92</sup>

Es importante mencionar que el Comité de la CEDAW al resolver el caso “Alyne da Silva Pimentel c./ Brasil” (primer caso de mortalidad materna que le fue presentado), 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.<sup>93</sup>

En el ámbito regional, el Protocolo de San Salvador estipula la necesidad de que los Estados 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.<sup>94</sup>

En ese sentido, la CIDH en su 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

---

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> 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.

<sup>92</sup> *Ibidem*. Párrafo 31.

<sup>93</sup> 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 20011. Comunicación 17/2008. Párrafo 8.

<sup>94</sup> *Ibidem*. Artículo 15.

la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto— y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios.”<sup>95</sup>

En dicho 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:

1. La identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. El diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
7. 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.<sup>96</sup>

En el mismo informe, la CIDH identificó que existe una “ falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto y/o puerperio, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para responder a estas emergencias, particularmente la atención de emergencias obstétricas”;<sup>97</sup> lo cual representa una barrera al derecho a la salud materna, pues genera que las mujeres sean vulnerables a un sin número de complicaciones de la salud, que pueden llegar incluso a la muerte o a consecuencias nocivas para su salud, especialmente durante la etapa de embarazo, parto y puerperio.<sup>98</sup>

En concordancia con lo señalado por la CIDH, la Ley de Salud del Distrito Federal señala que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y está considerada dentro de los servicios básicos de salud; en ese sentido, establece como una de las obligaciones de Gobierno del Distrito Federal otorgar atención a niños y niñas y vigilar su crecimiento, desarrollo, salud mental; y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.<sup>99</sup>

<sup>95</sup> CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.LV/II. Doc. 69. 7 junio 2010. Párrafo 1.

<sup>96</sup> *Ibidem*. Párrafo 20.

<sup>97</sup> *Ibidem*. Párrafo 31.

<sup>98</sup> Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2008. Párrafo 1178.

<sup>99</sup> 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.

A nivel Federal la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, sobre la *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, se señala que "la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos"<sup>100</sup> y la cual estandariza los criterios y procedimientos para la prestación del servicio de salud en atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, donde se establece esencialmente:

- La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud del sector público, social y privado.
- Durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.
- La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar el embarazo y el riesgo obstétrico en bajo y alto.<sup>101</sup>

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico,<sup>102</sup> establece la obligatoriedad del personal de salud de proporcionar a las personas un trato digno y respetuoso, y a otorgar información suficiente, clara, oportuna y veraz, lo anterior, implica la obligación del personal médico tratante de brindar información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para el paciente en forma oportuna, clara y comprensible, con la finalidad de que se tenga conocimiento de la condición de salud del mismo.

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 morbimortalidad materna], señala 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,<sup>103</sup> así como la importancia de atender emergencias obstétricas de forma pronta y eficaz, realizando el tratamiento idóneo por parte de los servidores públicos con el propósito de preservar la salud e integridad de la madre y del hijo o hija,<sup>104</sup> entre otras.

<sup>100</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

<sup>101</sup> *Idem*. Título Quinto Especificaciones.

<sup>102</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

<sup>103</sup> Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2009. Línea de acción 1376.

<sup>104</sup> *Ibidem*. Línea de acción 1377.

La mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad, amenazan gravemente contra el derecho a la salud de las mujeres así como el de sus hijas y/o hijos. Durante el embarazo, el parto y los periodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño.<sup>105</sup> Por tal motivo, los Estados deben adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil.<sup>106</sup>

La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos e hijas;<sup>107</sup> es por ello que como parte del derecho a la salud, es esencial que los Estados garanticen el consentimiento informado, entendido como el derecho a una "decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos".<sup>108</sup> El consentimiento informado requiere de los siguientes elementos:<sup>109</sup>

- Respeto de la autonomía personal

"13. El consentimiento informado solo es válido cuando se documenta con anterioridad a un procedimiento médico y se proporciona voluntariamente, es decir, sin que haya mediado coerción, influencia indebida ni tergiversación.

[...]

- Integridad de la información

15. El consentimiento informado requiere que se den a conocer los beneficios asociados, los riesgos y las alternativas de un procedimiento médico. Al igual que el paciente tiene derecho a recibir información para dar su consentimiento, también tiene derecho a rechazarla antes de dar el consentimiento siempre y cuando se le haya ofrecido debidamente la información.

[...]

Como derecho, le permite a la persona paciente tomar decisiones que pueden ser relevantes en la evolución de su padecimiento, para aceptar o no el tratamiento o intervención quirúrgica, con todas las prerrogativas que esto implica, ya que puede cambiar el rumbo de su vida.<sup>110</sup> Por esa razón, se afirma que el Consentimiento Informado es un derecho, que a su vez está integrado por: (i) el derecho a tomar autónoma y libremente una decisión (consentimiento); y (ii) el derecho a contar con los elementos necesarios para poder tomar esa decisión (información).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que garantizar el consentimiento informado se relaciona con el componente de aceptabilidad del derecho a la salud, señalado por el Comité DESC

<sup>105</sup> Comité de Derechos del Niño. Observación general N° 15 *Op. Cit.* Párrafo 53

<sup>106</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 7, *Op. Cit.* Párrafo 10.

<sup>107</sup> Comité de Derechos del Niño. Observación general N° 15 *Op. Cit.* Párrafo 53

<sup>108</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Op. Cit.* Párrafo 9.

<sup>109</sup> *Ibidem.* Párrafos 13 y 15.

<sup>110</sup> Francisco P. Navarro-Reynoso, Miguel Argüelles-Mier y Raúl Cicero-Sabido, "Derechos humanos y consentimiento informado" en *Cirugía y cirujanos*, Revista de la Academia Mexicana de Cirugía, Vol. 72, número 3, mayo-junio 2004, pág. 242.

en su Observación General 14. Al aplicar este estándar en el derecho a la salud de las mujeres, el Comité CEDAW ha señalado que serán aceptables los servicios de salud cuando se "garantice el consentimiento previo con pleno conocimiento de causa, se respete su dignidad, se garantice su intimidad y se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas".<sup>111</sup>

Aunado a lo anterior, el Relator sobre el Derecho a la Salud afirmó que el Consentimiento Informado incluye, entre otras cuestiones, la práctica clínica, la salud pública y la investigación médica, y en general, el respeto, la protección y la realización del derecho a la salud.

Este derecho de las personas pacientes que es de obligatorio cumplimiento para los funcionarios que laboran en el área de la salud, también se encuentra contemplado en el ordenamiento jurídico mexicano; en primer lugar, la Ley General de Salud establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, tendrán el derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos,<sup>112</sup> y que los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán la obligación de proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados.<sup>113</sup>

En segundo lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168 de 1998, que establece los *criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico*, menciona que el documento donde conste el consentimiento informado, deberá ser parte del expediente clínico y que las situaciones en las que se requiere constancia por escrito del consentimiento informado son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros;
- Intervención quirúrgica;
- Procedimientos para el control de fertilidad;
- Participación en protocolos de investigación;
- Procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales;
- Procedimientos invasivos:
- Procedimientos que produzcan dolos físico o emocional; y
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

Lo anterior, permite afirmar que además de lo señalado internacionalmente, es absolutamente obligatorio realizar el procedimiento de Consentimiento Informado, para todas aquellas personas que sean sometidas a una intervención quirúrgica, o cualquier tipo de manipulación a su organismo.

Por lo que respecta al derecho a la salud infantil, el artículo 24 de la CDN consagra el derecho de niños, niñas y adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud; asimismo, establece la obligación de

<sup>111</sup> Comité CEDAW, Observación General N° 24, *Op. Cit.* Párrafo 17.

<sup>112</sup> Artículo 77 bis 37, fracción IX.

<sup>113</sup> Artículo 166 Bis. 15, fracción I.



tomar las medidas apropiadas para alcanzar la plena realización de este derecho; entre las que destacan:

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

Al interpretar esta disposición, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño [en adelante, "Comité de los Derechos del Niño"], determinó que el derecho a la salud es "inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud".<sup>114</sup>

En el caso de las niñas y los niños, particularmente cuando se encuentran en la primera infancia,<sup>115</sup> debe aplicarse e interpretarse de manera integral con el artículo 6° de la CDN el cual reconoce su derecho a la supervivencia y el desarrollo: Según la misma Convención, este derecho sólo puede realizarse de forma integral, si los Estados garantizan 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, respetando las responsabilidades de los padres y ofreciendo asistencia y servicios de calidad."<sup>116</sup>

En esta tesitura, es importante señalar que la protección reforzada de niños, niñas y adolescentes, a la que tienen derecho, requiere tomar en consideración sus características propias y la necesidad de propiciar su desarrollo, ofreciéndoles las condiciones necesarias para que vivan y desarrollen sus aptitudes con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. Particularmente, la Corte Interamericana reconoce que cuando se trata de la adopción de medidas protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes se deberán respetar diversos principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre ellos el principio del interés superior de la niñez<sup>117</sup> el cual es, además, un derecho y una norma de procedimiento basados en una evaluación de todos los elementos del interés de uno o varios niños en una situación concreta.<sup>118</sup>

<sup>114</sup> Comité de Derechos del Niño. Observación general N° 15. El sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), resolución CRC /C/GC/15. Párrafo 2.

<sup>115</sup> La primera infancia comprende desde el nacimiento hasta los 8 años de edad, y representa el periodo de más rápido crecimiento y cambio de todo el ciclo vital, en términos de maduración del cuerpo y sistema nervioso, de movilidad creciente, de capacidad de comunicación y aptitudes intelectuales, y de rápidos cambios de intereses y aptitudes; por lo que es una etapa esencial para la realización de los derechos de niñas y niños. En: Comité de los Derechos del Niño. Observación General número 7, Realización de los Derechos del niño en la Primera Infancia. CRC/C/GC/7. *Ibidem*, Párrafos 1 y 6.

<sup>116</sup> Comité de Derechos del Niño Observación General N° 7. La realización de los derechos del niño en la primera infancia, resolución CRC/C/GC/7. Párrafo 10.

<sup>117</sup> Corte IDH. Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional. Opinión Consultiva OC-21/14 de 19 de agosto de 2014, Párrafo 66.

<sup>118</sup> Comité de Derechos del Niño. Observación general N° 14 sobre el .El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), resolución CRC /C/GC/14. Párrafo 46.

Por esa razón, es importante que los Estados creen un entorno que respete la dignidad humana y asegure el desarrollo holístico de todos los niños, pues al evaluar y determinar el interés superior del niño, el Estado debe garantizar el pleno respeto de su derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo".<sup>119</sup>

Finalmente, vale la pena resaltar la gran importancia que tiene la garantía del derecho a la salud de las niñas y los niños en la primera infancia, pues según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) ha detectado que casi el 40% de los niños menores de 5 años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos; la mayoría de esas muertes neonatales son debidas a nacimientos prematuros, infecciones, asfixias y traumatismos en el parto.<sup>120</sup> Asimismo ha señalado, 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.<sup>121</sup>

En concordancia con lo anterior, el Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que los Estados Partes deben adoptar "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";<sup>122</sup> y que "se ha de prestar atención a la mortalidad, las complicaciones en los partos prematuros, la asfixia al nacer, el peso bajo al nacer, la transmisión materno infantil del VIH y otras infecciones de transmisión sexual".<sup>123</sup>

Por otro lado, es importante señalar que la violación al derecho a la salud guarda estrecha relación con la violación al derecho a la integridad personal, pues tal como lo ha señalado el Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes "ciertas formas de abusos presentes en entornos de atención de la salud que pueden trascender el mero maltrato y equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes";<sup>124</sup> es decir, violaciones al derecho a la integridad personal.

Dentro de las diferentes formas de abusos en entornos de atención de la salud, se encuentran los cuidados médicos que causan graves sufrimientos sin ningún motivo aparente pues pueden considerarse crueles, inhumanos o degradantes, y si hay participación estatal y una intención

<sup>119</sup> *Ibidem*, Comité de Derechos del Niño. Observación general N° 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), resolución CRC /C/GC/14. Párrafo 42.

<sup>120</sup> Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/index.html>

<sup>121</sup> Fuente: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/13/es/index.html>

<sup>122</sup> Comité de Derechos del Niño Observación General N° 7. *Op. Cit.* Párrafo 10.

<sup>123</sup> Comité de Derechos del Niño Observación General N° 15. *Op. Cit.*, Párrafo 34.

<sup>124</sup> Informe del Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Juan Méndez, presentado al Comité de Derechos Humanos en su Vigésimo Segundo periodo de sesiones, resolución A/HRC/22/53, Ginebra, 2013. Preámbulo.



específica, constituyen incluso actos de tortura;<sup>125</sup> así como los malos tratos infringidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pues pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género.<sup>126</sup>

Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención posaborto; las esterilizaciones y abortos forzosos; la mutilación genital femenina; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto.

Respecto al trato irrespetuoso hacia la mujer durante el embarazo y en el parto, la OMS realiza la siguiente declaración: “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.”<sup>127</sup> Lo anterior, en razón de que el trato irrespetuoso del personal médico a las usuarias que puede llegar a ser humillante influye de manera negativa en la decisión de las mujeres de acudir a los servicios médicos.<sup>128</sup>

Por lo cual, como parte de las acciones para asegurar una atención respetuosa hacia las mujeres embarazadas, que salvaguarden sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación la OMS considera las siguientes:

- I. Un mayor respaldo por parte de los gobiernos y socios en el desarrollo para elaborar un mayor número de investigaciones para definir y medir el maltrato en los centros de salud públicos y privados.
- II. Realizar más iniciativas para resguardar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, para que las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos, así como iniciativas de apoyo social hacia el paciente.
- III. Realzar desde los marcos internacionales de derechos humanos, el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto, con el fin de concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre éstos derechos.
- IV. Generar datos acerca de los servicios de salud, que permitan identificar, estudiar y documentar la forma en que se brinda la atención materna para garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas.
- V. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.<sup>129</sup>

<sup>125</sup> *Ibidem*. Párrafo 39.

<sup>126</sup> *Ibidem*. Párrafo 46.

<sup>127</sup> Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)

<sup>128</sup> 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.

<sup>129</sup> *Idem*.

De lo anterior, se puede observar que una inadecuada atención médica puede vulnerar el derecho a la integridad personal, pues el acceso a los servicios adecuados de salud es una de las medidas principales para garantizar este derecho;<sup>130</sup> el cual es entendido como el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica, sexual y moral, y por lo mismo implica un deber del Estado de no someter a nadie a malos tratos, tortura, penas o cualquier trato cruel, inhumano o degradante ni permitir que terceros cometan dichos actos. Esta prohibición constituye un derecho humano inderogable e imprescriptible, que forma parte del *ius cogens* o norma imperativa del derecho internacional,<sup>131</sup> condición que coloca a la prohibición de los malos tratos y la tortura en la más alta jerarquía del orden jurídico internacional.

Este derecho se encuentra reconocido en diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos, como son la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 5,<sup>132</sup> el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en el artículo 7,<sup>133</sup> y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en el artículo 16 párrafo 1.<sup>134</sup>

Por lo que hace a la tortura, se encuentra definida entre diversos instrumentos, por ejemplo el artículo 1.1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos, Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes, que la define como:

Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

La importancia de la prohibición de la tortura ha sido señalada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en su Resolución aprobada del 20 de diciembre de 2012<sup>135</sup> recordó que:

El derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes no admite excepción en virtud del derecho internacional, incluidas las normas

<sup>130</sup> CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Op. Cit.* Párrafo 39.

<sup>131</sup> Esto quiere decir que es una norma aceptada por toda la comunidad internacional en su conjunto, que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter.

<sup>132</sup> Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

<sup>133</sup> Artículo 7. "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

<sup>134</sup> Artículo 16.1. Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12 y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

<sup>135</sup> ONU, Asamblea General, Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012, La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/RES/67/161, 7 de marzo de 2013, preámbulo.



internacionales de derechos humanos y el derecho internacional humanitario, y debe ser respetado y protegido en todas las circunstancias, incluso en tiempos de conflicto armado o disturbios internos o internacionales o cualquier otra emergencia pública, que los instrumentos internacionales pertinentes afirman la prohibición absoluta de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y que las garantías jurídicas y procesales contra esos actos no deben ser objeto de medidas que de alguna forma socaven este derecho.

Dentro del sistema regional de derechos humanos, se encuentra reconocido en la Convención Americana en su artículo 5, el derecho de toda persona a la integridad personal, señalando en el punto 1 que la integridad personal se compone de tres aspectos, el físico, el psíquico y el moral; mientras que en el punto 2 señala que nadie deberá ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>136</sup>

El derecho a la integridad personal implica la obligación de los Estados de respetar y garantizar que nadie sea objeto de agresiones o lesiones físicas y/o mentales. Asimismo, la protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud implica la obligación de los Estados de garantizar por disposiciones legislativas o de otro carácter, que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación.<sup>137</sup>

En palabras de Cecilia Medina, ex jueza de la Corte IDH, la integridad personal “alude a la cualidad de todo individuo de ser merecedor de respeto, sin que nadie pueda, en principio, interferir con él o con sus decisiones respecto de él”.<sup>138</sup> La Corte IDH ha señalado que: “[E]l Estado es responsable, en su condición de garante de los hechos consagrados en la Convención, de la observancia del derecho a la integridad personal de todo individuo que se halla bajo su custodia”.<sup>139</sup>

En el sistema interamericano de derechos humanos la tortura está definida en el artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST), según la cual:

[S]e entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aun que no causen dolor físico o angustia psíquica.

Para los efectos del presente caso, esta Comisión tomará como marco de referencia la definición de tortura señalada en la CIPST, toda vez que tal como lo señala el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, “la definición contenida en la Convención Interamericana supone un estándar de protección más elevado para la víctima y que

<sup>136</sup> Convención Americana. Artículo 5.

<sup>137</sup> CIDH. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. Párrafo 84.

<sup>138</sup> Cecilia Medina, *La Convención Americana: teoría y jurisprudencia. Vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial*, Universidad de Chile, 2003, p. 138.

<sup>139</sup> Corte IDH, *Caso Mendoza y Otros vs. Argentina*, Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones, Sentencia de 14 de mayo de 2013, Serie C, No. 260, párr. 200-203.

la elección de este estándar es consistente con la obligación de aplicar la norma más favorable a la víctima establecida en el artículo 1.2 de la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura”.<sup>140</sup>

Lo anterior, sin detrimento de que esta Comisión realice una interpretación integral sobre lo que otros instrumentos y órganos internacionales de derecho humanos hayan manifestado sobre este tema.

La tortura como violación a los derechos humanos, tiene elementos constitutivos que deben ser valorados para el análisis de un hecho calificado como tal. La Corte IDH desde el año 2007<sup>141</sup> y hasta su más reciente sentencia en la materia (año 2013), señaló y reiteró en una interpretación armónica con lo establecido en el artículo 2<sup>142</sup> de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, junto con los acuerdos e instrumentos formalmente relacionados con ésta y lo manifestado en su propia jurisprudencia, que dichos elementos son los siguientes: “a) un acto intencional; b) que cause severos sufrimientos físicos o mentales, y c) que se cometa con determinado fin o propósito”.<sup>143</sup>

“La intencionalidad se refiere a la conciencia del sujeto de que está realizando un acto que va a causar sufrimiento o un sentimiento de humillación y el fin o propósito se refiere a las razones por las cuales lo ejecuta: dominación, discriminación, sadismo, logro de alguna acción u omisión de la víctima u otros”.<sup>144</sup>

Respecto a los daños severos, la Corte Interamericana ha señalado que “la violación del derecho a la integridad física y psíquica de las personas tiene diversas connotaciones de grado y que abarca desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes, cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según factores endógenos y exógenos de la persona (duración de los tratos, edad, sexo, salud, contexto, vulnerabilidad, entre otros) que deberán ser analizados en cada situación concreta. Es decir, las características personales de una supuesta víctima de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, deben ser tomadas en cuenta al momento de determinar si la integridad personal fue vulnerada, ya que tales características pueden cambiar la percepción de la realidad del individuo, y por ende, incrementar el sufrimiento y el sentido de humillación cuando son sometidas a ciertos tratamientos”.<sup>145</sup>

<sup>140</sup> ONU, Visita a México del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, abril 21 a mayo 2 de 2014.

<sup>141</sup> Corte IDH, Caso Bueno Alves vs. Argentina, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 11 de mayo de 2007, Serie C, No. 164, párr. 79, y Caso Fleury y otros vs. Haití, Fondo y Reparaciones, Sentencia de 23 de noviembre de 2011, Serie C, No. 236, párr. 72.

<sup>142</sup> Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno. “Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades”.

<sup>143</sup> Corte IDH, Caso J. vs. Perú, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de noviembre de 2013, Serie C, No. 275, párr. 364.

<sup>144</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Gonzáles y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Voto Concurrente de la Jueza Cecilia Medina Quiroga, párr. 3.

<sup>145</sup> Corte IDH, Caso Vélez Restrepo y Familiares vs. Colombia, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 3 de septiembre de 2012, Serie C, No. 248, párr. 176.



Por otra parte, dados los elementos de la tortura es posible distinguirla frente a otros malos tratos; pues aunque los tratos crueles e inhumanos también conllevan sufrimientos y la participación de funcionarios públicos, el elemento de intencionalidad y el perseguir un determinado propósito son propios del fenómeno de la tortura.

Cabe señalar que los sufrimientos innecesarios que se llegan a causar por los cuidados médicos, no en todos los casos constituyen una violación al derecho a la integridad, ya que denegar el tratamiento del dolor- el cual es un acto de omisión y no de comisión-, se debe principalmente a la negligencia en los servicios de salud y a malas políticas públicas, y no a la intención de infligir un sufrimiento. Es por ello, que el Relator Juan Méndez señala que para que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, deben satisfacer los siguientes elementos:<sup>146</sup>

El sufrimiento sea grave y cumpla los requisitos mínimos aplicables en cuanto a la prohibición de la tortura y los malos tratos; cuando el Estado tenga, o deba tener, conocimiento del sufrimiento, incluso cuando no se ofrezca un tratamiento adecuado; y cuando el Gobierno no haya adoptado todas las medidas razonables para proteger la integridad física y mental de las personas.

En el sistema jurídico mexicano, el derecho a la integridad personal se encuentra tutelado por los artículos 1, 14, 16, 19, 20, 22 y 29 de la CPEUM, en donde se advierte que el Estado tiene la obligación de tutelar que las personas que están bajo su jurisdicción, tengan el derecho a la integridad personal.<sup>147</sup>

Por otro lado, tal como se desprende de los párrafos precedentes, el derecho a la salud guarda una estrecha relación con múltiples derechos, razón por la cual una sola conducta puede generar la violación simultánea de diversos derechos; es así que la vulneración al derecho a la salud también tiene un impacto negativo sobre el derecho a la vida; lo cual se puede apreciar en las altas tasas de mortalidad materna, lo cual de acuerdo con el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas es prevenible.<sup>148</sup>

Respecto al derecho a la vida, se observa que no se encuentra regulado de forma expresa en la CPEUM, sin embargo, su reconocimiento y salvaguarda pueden advertirse del análisis integral del texto constitucional.<sup>149</sup>

Por ejemplo, el artículo 22 de la CPEUM, señala:

[...] Quedan prohibidas las penas de muerte, de mutilación, de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales. Toda pena deberá ser proporcional al delito que sancione y al bien jurídico afectado.  
[...]

<sup>146</sup> Op cit. Párrafo 54.

<sup>147</sup> SCJN. Dignidad humana, derecho a la vida y derecho a la integridad personal. México. 2014. Págs. 92-95.

<sup>148</sup> 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.

<sup>149</sup> Tesis P./J. 13/2002, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. V, febrero de 2002, p. 589. Reg. IUS. 187816

Se advierte del numeral transcrito la prohibición de pena de muerte, la cual no puede sino traducirse en la salvaguarda de la vida humana.<sup>150</sup>

No obstante como ha sido ya expuesto por esta Comisión,<sup>151</sup> el derecho a la vida se encuentra también 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 Políticos<sup>152</sup> y en el artículo 4 de la Convención Americana<sup>153</sup>. Asimismo, se encuentra consagrado en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>154</sup> y en el artículo 1 de la Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre.<sup>155</sup>

En relación con este derecho, la Corte Interamericana 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".<sup>156</sup>

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 retomado criterios jurisprudenciales de la Corte Europea de Derechos Humanos,<sup>157</sup> estableciendo 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 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.<sup>158</sup>

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

<sup>150</sup> Cfr. Acción de Inconstitucionalidad 10/2000. Semanario Judicial de la Federación y su gaceta, 9ª. Época, t. XV, marzo de 2002, Pág. 793. Reg. IUS. 16974.

<sup>151</sup> CDHDF, Recomendaciones 22/2009, 28 de septiembre de 2009, 07/2011 del 25 de agosto de 2011.

<sup>152</sup> 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.]

<sup>153</sup> 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.

<sup>154</sup> 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].

<sup>155</sup> 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.]

<sup>156</sup> Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Párrafo 124.

<sup>157</sup> Véase también Corte Europea de Derechos Humanos. Kiliç v. Turkey (2000) III; Öneriyildiz v. Turkey, Application no. 48939/99, EurCourt HR [gc], Judgment 30 November 2004, 93, y Osman v. the United Kingdom (1998) VIII, 116.

<sup>158</sup> 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.



e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.<sup>159</sup> 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.<sup>160</sup>

En el caso particular de la mortalidad materna, además de constituir en ocasiones una violación al derecho a la vida, según la 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.<sup>161</sup>

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 durante el puerperio.” 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.”

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 de reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, así como lograr el acceso universal a la salud reproductiva.<sup>162</sup> 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.<sup>163</sup>

<sup>159</sup> Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171. Párrafo 117.

<sup>160</sup> *Ibidem*. Párrafo 121.

<sup>161</sup> Organización Mundial de la Salud, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: World Health Organization, 1999.

<sup>162</sup> 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>

<sup>163</sup> 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 2011. 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.”<sup>164</sup>

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 la 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.<sup>165</sup>

A continuación, se enumeran los casos en los que se presentó la violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal personas que solicitaron los servicios de salud pública, en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

#### **Caso A. Expediente CDHDF/III/121/AO/09/D1320**

En el presente caso se tiene que la persona agraviada A, de 23 años de edad, acudió al Hospital General *Dr. Enrique Cabrera* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el 21 de febrero de 2009 para atención<sup>166</sup> debido a que presentaba dolor en el vientre y cursaba con 39 semanas de gestación de su primer embarazo, pero cuando llegó no había personal médico que la atendiera por lo que tuvo que esperar, cuando fue atendida se le informó que tenía 3 centímetros de dilatación y que tendría que regresar al día siguiente, lo cual realizó.

Conforme a los registros del Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, la atención de la persona agraviada A se dio a partir de las 18:00 horas del día 21 de febrero de 2009, con una actividad uterina regular.<sup>167</sup> Se le mantuvo desde esa hora en trabajo de parto, determinando a las 08:50

<sup>164</sup> Secretaría de Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. Primera edición. México. 2008. Página 11.

<sup>165</sup> *Ibidem*. Página 52.

<sup>166</sup> Ver Anexo, evidencias 1, 3, y 4.

<sup>167</sup> Ver Anexo, evidencia 1, 3 y 4.



horas del día 22 de febrero de 2009, interrumpir el embarazo por vía abdominal (cesárea) debido a que no evolucionaba el trabajo de parto,<sup>168</sup> quedando pendiente llevar a cabo esta acción médica en cuanto hubiera tiempo quirúrgico para ello.<sup>169</sup>

Es importante resaltar, que los días 21 y 22 de febrero de 2009 (sábado y domingo, respectivamente) el Hospital General *Enrique Cabrera*, laboró con personal médico especializado en Ginecoobstetricia en horarios de 8:00 a 21:00 horas (dos médicas y dos médicos) y de 21:00 a 8:00 horas<sup>170</sup> (dos médicas y un médico), lo anterior resulta relevante dado que conforme al dictamen médico emitido por un perito de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el mismo era insuficiente para atender el área de ginecología y no garantizó el derecho la salud de la persona agraviada A en el elemento relativo a la accesibilidad. Este hecho “[...] TUVO RELACIÓN DIRECTA CON LA DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBIÓ LA PACIENTE [...]”.<sup>171</sup>

En este sentido, la opinión de personal médico de este Organismo basada en la consulta del expediente clínico de la persona agraviada A,<sup>172</sup> señala que se realizó la cesárea a esta persona en un tiempo mayor a las 18 horas de haber ingresado, obteniendo al producto del embarazo a las 12:28 horas del día 22 de febrero de 2009. Una vez realizado lo anterior, el personal médico detectó la presencia de hipotonía uterina (el útero no se contrae, provocando con ello una hemorragia) misma que pudo comenzar a revertirse con la aplicación del medicamento indicado para este tipo de complicaciones.

Sin embargo, cuando se ingresó a la persona agraviada A al piso de Ginecología, no se realizó la nota médica de ingreso en la cual se debían anotar los signos vitales de la paciente, violentando con ello el numeral 8.1. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, aunado a que también se perdió el seguimiento acerca de la presión arterial y la subinvolución uterina, violentando con ello el numeral 5.5.1.4. de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la *Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, la cual instruye que durante las primeras dos horas se debe verificar la normalidad del pulso, la tensión arterial, la temperatura, el sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción, y posteriormente se realizará la revisión cada 8 horas.

La ausencia de una supervisión y adecuada vigilancia de la condición de salud de la persona agraviada A posterior a la cirugía de cesárea y la hipotonía uterina que presentó, provocó que se detectara a la paciente con presión arterial de 100/40, con palidez de tegumentos, taquicardia, abdomen a tensión, secreción hemática por la herida quirúrgica, peristaltismo ausente, diagnosticándose un choque hipovolémico grado III y un probable hematoma disecante, por lo cual se le programó a la persona agraviada A para una laparotomía exploratoria, de la que por el resultado se concluyó que era necesario realizar la extirpación de la matriz.

<sup>168</sup> La persona agraviada A, presentaba solo 4 centímetros de dilatación. Ver Anexo, evidencia 2.

<sup>169</sup> Ver Anexo, evidencia 2.

<sup>170</sup> Ver Anexo, evidencia 3.

<sup>171</sup> Ver Anexo, evidencia 7.

<sup>172</sup> Ver Anexo, evidencia 4.

Esta valoración médica, fue confirmada por un Dictamen realizado por una médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),<sup>173</sup> en el cual se señala también la vulneración a las Normas Oficiales NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la *Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. En este orden de ideas, también señala la existencia de elementos de mala praxis médica por parte del personal médico de los turnos vespertino y nocturno del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, al no vigilar a la paciente durante el puerperio inmediato, señalando la responsabilidad de las y los médicos responsables en dicho turno. Asimismo, el dictamen médico en comentario indica que se generaron en la persona agraviada A lesiones por omisión de cuidados, que pusieron en peligro la vida de la paciente.

El Dictamen Médico de la CONAMED, concluyó también que la extirpación de la matriz realizada a la persona agraviada A, fue una acción médica correcta, la cual se llevó a cabo tomando en consideración su gravedad y el riesgo de muerte que se presentó;<sup>174</sup> sin embargo, tal y como lo menciona la opinión médica del personal médico de este Organismo, si se hubieran tomado las medidas preventivas señaladas en las Norma Oficiales anteriormente señaladas, se podía haber evitado que la paciente presentara esa condición de salud.<sup>175</sup>

La responsabilidad por esta omisión de supervisión, fue sancionada por la Contraloría Interna en la Secretaría de Salud, al determinar responsabilidad de carácter administrativo para dos médicos y dos médicas del Hospital General *Dr. Enrique Cabrera* que estuvieron a cargo de la atención de la persona agraviada A.<sup>176</sup>

Con los actos de omisión mencionados personal de salud del Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, violó a la persona agraviada A su derecho a la salud en conexidad con los derechos a la integridad personal, ya que se les expuso innecesariamente a un riesgo de perder la vida, y con la acción inmediata de preservarla trajo como consecuencia la transgresión a sus derechos sexuales y reproductivos.

#### **Caso B. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/09/D3844**

Para este caso, conforme a las constancias recabadas durante la investigación e informes médicos que se tienen en la CDHDF, la persona agraviada B, de 23 años de edad cursaba con su segundo embarazo acudiendo a su control prenatal en el módulo I del Centro de Salud T-II "Zapotitlán", a donde se presentó el 14 de mayo de 2009 por tener "secreción tras vaginal de color café no fétido pero si con prurito y ardor cursa con el embarazo de 27.5 semanas de gestación por ultrasonografía", indicándole el médico que la atendió la aplicación de óvulos vagitrol 1 por las noches por diez días.<sup>177</sup>

Sin embargo, el 15 de mayo de 2009, a las 12:35 horas, fue atendida en consulta de urgencias en el referido Centro de Salud dado que continuaba con salida de líquido vía vaginal por lo cual fue

<sup>173</sup> Ver Anexo, evidencia 9.

<sup>174</sup> Ibidem.

<sup>175</sup> Ver Anexo, evidencia 4.

<sup>176</sup> Ver Anexo, evidencia 8.

<sup>177</sup> Ver Anexo, evidencias 11 y 12.



referida al Hospital Materno Infantil Tláhuac. En esa ocasión el médico del Centro de Salud que la atendió registró en el expediente clínico que cursaba con un embarazo de 32 semanas de edad gestacional y que se tenía una "frecuencia fetal de 120 x' al tacto vaginal con abundante flujo café y cuello cervical cerrado".<sup>178</sup>

Ese mismo día, a la persona agraviada B en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, se le atendió a las 13:44 horas, informando ella misma a las 17:00 horas ya no percibir movimiento fetales del producto. En la revisión que se realizó después de esa información se diagnosticó que su embarazo era de 30 semanas de edad gestacional y presentaba ruptura de membranas con más de 16 horas de evolución, probable óbito fetal, decidiendo su ingreso a labor, media horas después la frecuencia cardiaca fetal ya no fue audible con Pinard y existía 1 cm de dilatación. En los estudios de laboratorio que se le realizaron a la persona agraviada B, presentó aumento de glucosa. Por lo anterior y ante sufrimiento fetal determina realizarle cesárea e hysterectomía.<sup>179</sup> A las 15:55 nació producto muerto macerado con polihidramnios (cantidad excesiva de líquido amniótico). Posteriormente la paciente evolucionó favorablemente egresando del referido nosocomio el 19 de mayo de 2009.

Personal médico de este Organismo, emitió opinión médica en el caso, basada en el análisis del expediente clínico de la persona agraviada B,<sup>180</sup> en la que indicó que la supervisión médica que se le realizó durante su embarazo no fue la adecuada, vulnerando con ello a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la *Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, debido a las siguientes omisiones:

- En las constancias analizadas, no se hace mención sobre el crecimiento del fondo uterino, ni se instruye realizar el USG para descartar alguna alteración. En este orden de ideas, no se documentó la causa de que la altura del fondo uterino se presentara por arriba del percentilo 90, ni la terapéutica para el manejo de esta complicación.
- No se llevó a cabo un adecuado conteo de las semanas de gestación, ya que no corresponden las semanas anotadas en el expediente clínico con la evolución del embarazo, a tal grado que se llega a señalar el día 14 de mayo de 2009, que la paciente tiene un embarazo de 23.6 semanas, y al día siguiente se diagnostica que en realidad el embarazo presenta una evolución de 32 semanas.
- En las notas médicas se indica a la paciente que debe guardar reposo relativo y señala signos de alarma con pronóstico reservado, sin anotar en el referido expediente en qué consistían esos signos de alarma, refiriendo solamente en dicho expediente que el embarazo transcurre normal y sin complicaciones.

Es importante hacer mención que en su queja, la persona agraviada B señaló que posterior a un ultrasonido particular que se le realizó, se le indicó que presentaba exceso de líquido amniótico en relación con la edad gestacional; sin embargo, en las notas médicas del Centro de Salud no se anotó la existencia de esta anomalía, la cual sí es señalada cuando la paciente ingresa al Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

<sup>178</sup> Ver Anexo, evidencias 11 y 12.

<sup>179</sup> Ver Anexo, evidencia 10.

<sup>180</sup> Ver Anexo, evidencia 13.

El hecho de que la persona agraviada B haya señalado que se le había indicado que existía exceso de líquido amniótico, que se haya anotado en el expediente clínico la necesidad de que estuviera en reposo, y que no se hubiese hecho una medición sobre las semanas de gestación y la exacta medida del fondo uterino para descartar el exceso de líquido amniótico, son factores que influyeron en la inadecuada atención prenatal que se le realizó a la persona agraviada B en el Centro de Salud Zapotitlán. Dichas omisiones en la supervisión médica prenatal, impidieron prevenir cualquier factor que provocara la muerte del feto que, en este caso, presentó un cuadro clínico compatible con una alteración en el líquido amniótico.

Las omisiones descritas del personal médico del Centro de Salud Zapotitlán que tuvo el control del embarazo de la persona agraviada B, violaron el derecho a la salud impidiéndole ejercer por segunda ocasión su maternidad, así como se incumplió con la obligación de garantizar de forma efectiva la protección de la vida prenatal.

### **Caso C. Expediente CDHDF/III/122/GAM/09/D4655**

En este caso se tiene que la persona agraviada C, de 22 años de edad, acudió el día 18 de julio de 2009, al Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, para atención por presentar dolor y sangrado vaginal. En ese nosocomio, el personal médico residente que la atendió diagnosticó que presentaba un aborto inevitable de 21 semanas, por ruptura prematura de membranas, reportándose que el producto se encontraba muerto ya que no se auscultó frecuencia cardíaca fetal y la madre no percibía movimientos fetales.<sup>181</sup> El entonces Director del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, informó a este Organismo<sup>182</sup> que al haber ingresado la paciente con la sintomatología referida, se deducía que había esa ruptura de membranas.

Por otro lado, el médico ginecólogo titular, precisó que le fue imposible revisar clínicamente a la paciente por encontrarse solo con dos médicos internos de pregrado y haber exceso en trabajo: "solo corroboré que se encontrara con signos vitales estable y clínicamente sin riesgos para la vida de la misma".<sup>183</sup>

Por lo anterior, a la persona agraviada C, personal residente le comenzó a inducir el aborto suministrando ampicilina a las 6:45 horas del día 18 de julio de 2009, sí como 10u de Oxitocina; a las 19:00 horas de ese día se le proporciona nuevamente el antibiótico, pero de Oxitocina se le aplican 20u, ingresándola a piso a las 22:10 horas.<sup>184</sup>

El día 19 de julio de 2009, a las 07:30 horas, se registró que se le suministró a la persona agraviada C 20u de Oxitocina, Ampicilina y se le agrega Misoprostol sublingual 1 tableta.<sup>185</sup> Fue hasta las 23:30 horas de ese día, se le suspendió la inducción del aborto, hora en la que un médico especialista en ginecobstetricia de ese nosocomio determinó que había que descartar la ruptura de membranas y ordenó estudios de laboratorio y ultrasonido obstétrico. Dichos estudios fueron realizados a la paciente hasta el turno vespertino, del día 20 de julio, resultando que el producto se

<sup>181</sup> Ver Anexo, evidencia 21.

<sup>182</sup> Ver Anexo, evidencia 20.

<sup>183</sup> Ver Anexo, evidencia 17.

<sup>184</sup> Ver Anexo, evidencias 15, 16 y 21.

<sup>185</sup> Ver Anexo, evidencia 16.



encontraba vivo y el líquido amniótico de calidad y cantidad adecuadas,<sup>186</sup> con edad gestacional de 21 semanas.

Personal médico de ese nosocomio admitió que por 36 horas<sup>187</sup> la persona agraviada C fue tratada para inducción de *aborto* con los medicamentos referidos, pero ante la duda, fue revalorada y se suspendió el tratamiento, manteniéndole en observación durante 4 días para después egresarla del referido hospital.

Conforme a la opinión médica realizada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo público autónomo<sup>188</sup>, basada en las constancias que integran el expediente clínico de atención médica a la persona agraviada C, se identificó que en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc se realizó un diagnóstico inicial por médicos residentes sin estar supervisados por el médico titular responsable, señalando que el feto del primer embarazo de la paciente se encontraba muerto, sin considerar que por la edad gestacional era difícil escuchar la frecuencia cardíaca fetal, debiéndose practicarse un estudio de ultrasonido.

Aunado a lo anterior, se le administraron medicamentos [Oxitocina y Misoprostol] para inducir el *trabajo de aborto* (la expulsión del feto cuando éste se encontraba vivo e inmaduro), sin haber descartado de manera indubitable que el producto estuviera muerto y que existiera ruptura de membranas, lo cual ocurrió posteriormente cuando se realizó el ultrasonido y se verificó que la membranas fetales se encontraban íntegras, por lo que se inició tratamiento para inhibir el trabajo de aborto.

Asimismo, en la opinión médica citada se indica que no se realizó una adecuada integración del expediente clínico de la persona agraviada C, lo cual vulnera la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, dado que:

[...]

No se reportan los signos vitales, ni talla ni peso, entre otros.

No se hizo constar que se haya realizado una exploración gineco obstétrica completa que incluya el fondo uterino, la frecuencia cardíaca fetal, el cuello uterino (en tal caso si fue diferida la exploración), etc.

No se describen algunos problemas clínicos, como la evolución del dolor y del sangrado transvaginal.

No consta que se hayan realizado estudios auxiliares de diagnóstico, en este caso ultrasonografía y estudios para descartar la ruptura prematura de membranas.

No se describen las características del líquido amniótico obtenido por la maniobra de Tamier ni se interrogó acerca de la supuesta ruptura de membranas.

No se estableció un diagnóstico adecuado ya que no se trataba de un aborto inevitable sino de un parto pre término. [...] <sup>189</sup>

Por otra parte, es preciso mencionar que 7 días después de haber egresado del Hospital Materno Infantil Cuauhtepéc, la persona agraviada C ingresó al Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del

<sup>186</sup> Ver Anexo, evidencias 19 y 21.

<sup>187</sup> Ver Anexo, evidencia 15.

<sup>188</sup> Ver Anexo, evidencias 21 y 22.

<sup>189</sup> Ver Anexo, evidencia 21.

Centro Médico Nacional La Raza refiriendo una actividad uterina irregular y ruptura de membranas, después de entrevistarla y auscultarla se determinó ser tratada con antagonistas de la Oxitocina<sup>190</sup>, no obstante el producto de la gestación falleció.

En relación con lo anterior, se emitió una segunda opinión por parte de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo,<sup>191</sup> señalando que el tratamiento recibido en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc puede ser un nexo causal con el posterior fallecimiento del producto, así como también podría ser la posterior ruptura de membranas que presentó la persona agraviada C.

Con todo lo anterior, la CDHDF determina la violación al derecho a la salud de la persona agraviada C, por el hecho de que en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc la atención, que requería se le proporcionó por personal residente sin supervisión de un médico responsable titular, quienes emitieron un diagnóstico erróneo basado solo en tacto vaginal realizado a la paciente, sin llevarse a cabo las acciones de medios pertinentes para realizar un diagnóstico adecuado y oportuno respecto a la condición que presentaba por su estado de gravedad que permitiera atenderla debidamente ella y al feto, asimismo con la violación al derecho referido se incumplió con la obligación de garantizar de forma efectiva la protección de la vida prenatal.

#### **Caso D. Expediente CDHUN/III/122/GAM/11/D7187**

En el caso de la persona agraviada D, se tiene que el día 31 de julio de 2011, a las 10: horas acudió al Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, dado que presentaba contracciones por embarazo. En ese hospital se cuenta con registro de que se le atendió a las 12:35 horas<sup>192</sup> de ese día en el área de urgencias, identificándose que presentaba útero gestante, frecuencia cardiaca fetal de 140 x, dilatación y borramiento cero, se le egresó con indicaciones de alarma obstétrica. A las 21:30 de ese día, es decir, aproximadamente 9 horas después, se le recibió nuevamente en el área de Urgencias con diagnóstico de 39 semanas de gestación y trabajo de parto en fase activa con frecuencia fetal de 160 latidos por minuto, 80% de borramiento y 6 centímetros de dilatación, y a las 23:15 horas ingresó al área de Tococirugía, debido a un embarazo de término en relación con un producto que presentaba bajo peso o menor crecimiento, con datos de baja reserva fetal y disminución de frecuencia cardiaca hasta 95'.<sup>193</sup>

En la opinión médica realizada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, basada en la consulta y documentales que integran el expediente clínico de atención médica a la paciente en comento, no se encontró información del partograma, el cual se debe de realizar a toda mujer que ingrese a atención del trabajo de parto,<sup>194</sup> lo que se observó fue una receta médica donde a la persona peticionaria D se le prescribió un medicamento denominado Indometacina que inhibe el trabajo de parto, cuando la paciente ya estaba en fase de término.

Asimismo, personal médico de este Organismo observó que no se realizó la debida monitorización cardiaca de la persona agraviada D1 ni se investigó la causa de las variaciones de su frecuencia cardiaca fetal, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la

<sup>190</sup> Ver Anexo, evidencia 18.

<sup>191</sup> Ver Anexo, evidencia 23.

<sup>192</sup> Ver Anexo, evidencia 26.

<sup>193</sup> Ver Anexo, evidencias 26 y 28.

<sup>194</sup> Ver Anexo, evidencia 28.



mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como tampoco se brindó un tratamiento oportuno. Lo anterior se afirma, dado que conforme a lo registrado en el expediente clínico el feto presentaba frecuencia cardíaca de 169 latidos por minutos a las 21:30 horas del día 31 de julio de 2011, sin que se investigara la causa de la misma. Tampoco se encontró evidencia de los registros posteriores de frecuencia cardíaca, solo a las 23:15 horas, se asentó que el feto presentaba una frecuencia irregular que iba desde los 170 a los 90 latidos por minuto, contraviniendo nuevamente la Norma Oficial Mexicana citada.

Con estas condicionantes de omisión, no se pudo prevenir la falta de oxigenación al cerebro de la persona agraviada D1, mismo que a su vez provocó la aspiración de meconio [los residuos orgánicos del producto] generándole con ello el padecimiento de encefalopatía hipóxico isquémica.<sup>195</sup>

La persona agraviada D1 (niña) nació por cesárea, se le estabilizó, pero el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc carecía de los servicios de gabinete y laboratorio requeridos para la atención de la recién nacida, por lo que no se le pudo brindar la atención médica oportuna e integral que ameritaba, ya que a las 00:05 horas del día 1 de agosto de 2011 se solicitó se trasladara a la persona agraviada D1 a Terapia Neonatal, pero se le trasladó hasta las 20:30 horas de ese mismo día.

Es importante precisar, que el Consentimiento Informado que se integró al expediente clínico respecto al procedimiento quirúrgico realizado a la persona peticionaria D fue signado por un familiar de ella, sin que se especifique la causa de ello contraviniendo esto el numeral 4.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, la cual exige que se encuentre firmada por la o el paciente, o en su defecto su representante legal, para estar enterados acerca de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.<sup>196</sup>

No pasa por alto, para este Organismo que personal médico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc elaboró nota en la que se indicó que la persona peticionaria D, se mostró poco cooperadora<sup>197</sup> durante la atención que se le brindó, por lo que al no existir firma de ella en el Consentimiento Informado, se desconoce cómo fue la comunicación entre el personal médico y la paciente, y si esa *falta de cooperación* se debió a una omisión en proporcionarle la adecuada y oportuna información.

Asimismo, se tiene que en la valoración de impactos psicosociales que realizó personal de este Organismo a la persona peticionaria D, en la actualidad presenta:

- a) Trastorno por estrés postraumático crónico
- b) Depresión de intensidad leve, es posible que presente episodios depresivos
- c) Afectaciones significativas en los modales interaccionales del C.A.S.I.C. En especial los modales: conductual afectivo y cognitivo.<sup>198</sup>

<sup>195</sup> Este padecimiento genera afectaciones al Sistema Nervioso Central de la persona recién nacida, lo cual a su vez puede provocar desde la muerte hasta enfermedades neurológicas y discapacidad.

<sup>196</sup> Ver Anexo, evidencias 25 y 28.

<sup>197</sup> Ver Anexo, evidencia 26.

<sup>198</sup> Ver Anexo, evidencia 29.

De lo anterior se desprende que con los actos del personal de salud se vulneró el derecho a la salud no solo física sino emocional de la persona peticionaria D, así como el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la integridad de la persona agraviada D1, al no habersele brindado una atención médica oportuna e integral, lo que trajo como consecuencia que su condición de salud se encuentre actualmente alterada.

### Caso E. Expediente CDHDF/III/122/MC/12/D0536

En este caso, la persona peticionaria E, quien cursaba con una segunda gestación acudió al control de su embarazo al Centro de Salud T1 de San Nicolás Tepepan, donde en diciembre de 2011 le informaron que su hijo sería niño y no presentaba problemas de salud, así como ya se encontraba en posición para nacer por lo cual fue referida al Hospital Luis Cabrera, donde le indicaron que no tenían cupo canalizándola al Hospital de Xochimilco, donde tampoco se le brindó atención porque se le informó que ese nosocomio no le correspondía.

Conforme al oficio remitido a este Organismo por la entonces Encargada de la Dirección del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras,<sup>199</sup> el día 16 de diciembre de 2011, se atendió en consulta externa de ese nosocomio a la persona agraviada E, quien fue referida del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco con un embarazo de edad gestacional de 35 semanas, frecuencia cardíaca fetal de 135 latidos por minuto, programándole nueva cita para el 3 de enero de 2012.<sup>200</sup>

El día 3 de enero de 2012, la persona agraviada E acudió nuevamente a consulta externa de ginecoobstetrica del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, sin que se tenga nota de registro, solo la *Hoja Diaria de Consulta Externa*, de donde se obtuvo que se le diagnosticó un embarazo con una edad gestacional de 38.3 semanas, sin trabajo de parto y sin signos de alarma y al auscultarse con Pinard se encontró una frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, programándosele para cesárea al siguiente día y proponiéndosele método definitivo de fertilidad,<sup>201</sup> sin considerarse que ella misma refirió que hacía dos semanas que no percibía movimientos fetales.

El día 4 de enero de 2012, la persona agraviada E a las 7:00 horas se presentó en el referido nosocomio, entregó sus papeles, fue preparada para la cirugía realizándole personal becario (residentes e internos) la revisión del tacto, informándole que *estaba pequeño su bebé, después de revisarlo diversos doctores jóvenes, llegó uno de mayor edad, quien de una manera molesta les dijo a los demás médicos que el ultrasonido no coincidía con la fecha que la persona peticionaria E tenía de embarazo, pues aún faltaban 2 semanas, refiriendo que el bebé estaba muy pequeño y su corazón latía muy poco. Con palabras altisonantes y con prepotencia les dijo a los demás médicos: "Ya les dije que no programen para cesáreas, porque luego ¿Quién las opera?"*<sup>202</sup>

Una médica, ante lo anterior, comento que le hicieran a la persona agraviada E un nuevo ultrasonido para corroborar cómo se encontraba el bebé, el doctor con actitud molesta le preguntó "¿quién te autorizó para que lo hicieras?", la doctora, le dijo que lo mandaría a hacer con otra médica. El doctor

<sup>199</sup> Ver Anexo, evidencia 29.

<sup>200</sup> Ver Anexo, evidencia 29.

<sup>201</sup> Ver Anexo, evidencia 29.

<sup>202</sup> Ver Anexo, evidencia 31.



de mayor edad le dijo a la persona peticionaria E que era su responsabilidad, si le hacían la cesárea y su bebé salía mal, pues aún faltaban 2 semanas.

No obstante, al realizársele el nuevo ultrasonido la persona agraviada E preguntó el resultado del mismo, indicándole la médica que lo realizó que su doctor le informaría, después de más de una hora el médico de mayor edad le dijo en tono de burla y sonriendo: "señora lo siento mucho, su bebé está muerto", a lo que no le creyó preguntando si era una broma a lo que dicho médico le respondió "todavía está joven puede tener más".

En el registro de la atención que se brindó en el referido nosocomio a la persona agraviada E se tiene que se le recibió a las 7:10 horas del 4 de enero de 2012, al pasarla a la Unidad Tococirugía para practicarle la cirugía, no se detectaron latidos ni movimientos fetales, por lo que se realizó un ultrasonido, observando signos incontrovertibles de muerte fetal,<sup>203</sup> por lo que se procedió a la expulsión del feto, presentando la paciente síntomas de hipertensión arterial en el proceso de expulsión y el evento trans anestésico, mismo que pudo ser revertido.

Conforme a la opinión realizada por la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, basada en la consulta a las constancias del expediente clínico de atención médica a la persona agraviada E,<sup>204</sup> se hace la observación de que aun cuando originalmente el médico obstetra valoró una frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, el hecho de que la persona agraviada E señalara que llevaba más de dos semanas de no haber sentido movimientos fetales de forma adecuada, debió haber tomado en consideración un probable diagnóstico de muerte fetal, interrogado de manera más exhaustiva a la paciente, aunado a que existía también la evidencia de que el fondo uterino de la paciente no correspondía al de la edad gestacional. [27 centímetros para la edad gestacional de 38 semanas].

La importancia de haber detectado la muerte de producto desde el día 3 de enero de 2012, toma relevancia debido a que los datos sobre la muerte fetal detectados el día 4 de enero de 2012, revelan que el óbito llevaba más de 24 horas muerto, y aunque de manera afortunada no incidió en algún daño físico a la persona agraviada de manera que evolucionar bien en su proceso de recuperación y pudo darse de alta el día 5 de enero de 2012.

Por lo anterior, la CDHDF concluye que en el presente caso se vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada E, en razón de que personal de salud no le brindó un adecuado control prenatal, asimismo se incumplió con la obligación que tenía personal de salud de garantizar de forma efectiva la protección de la vida prenatal.

#### **Caso F. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D1081**

En el presente caso, se tiene probado que el 28 de febrero de 2011, la persona agraviada F de 21 años de edad, aproximadamente a las 2:30 horas en el Hospital Materno Infantil Inguarán, solicitó atención de su parto de su primer embarazo. En dicho nosocomio se tiene registro de ingreso de ella

<sup>203</sup> Edema subcutáneo torácico y abdominal, ausencia de latidos cardiacos, cabalgamiento de huesos del cráneo e irregularidad cefálica con asimetría o aplanamiento.

<sup>204</sup> Ver Anexo, evidencia 31.

a las 10:30 horas, es decir, ocho horas después de que solicitó la atención. Se le diagnosticó un embarazo de 39 semanas de edad gestacional, en fase activa de trabajo de parto.<sup>205</sup>

La persona agraviada F solicitó al personal de salud que le realizaran una cesárea porque sabía que su bebé tenía circular de cuello (el cordón umbilical enredado en el cuello), pero le respondieron que eso no importaba, que muchos niños habían nacido de esa manera, por lo que le pidieron que siguiera intentando pujar para que el producto naciera, después de un rato la llevaron a la sala de expulsión donde un médico le oprimió el estómago y fue cuando su bebé (en adelante, la persona agraviada F1) nació a las 22:15 horas, siendo el periodo expulsivo de 110 minutos posterior a la dilatación completa, por lo que el recién nacido no lloró. La persona agraviada F preguntó a los médicos qué le sucedía a su bebé, respondiéndole que no respiraba, luego se lo mostraron por unos segundos y la persona agraviada F observó que tenía unos tubitos en la nariz. Finalmente se lo llevaron y a ella la pasaron al área de recuperaciones.

De acuerdo a los informes proporcionados por el personal directivo del Hospital Pediátrico Legaria, no se realizó cesárea a la paciente porque no era lo más indicado conforme al diagnóstico médico realizado,<sup>206</sup> ni tampoco era posible prevenir la asfixia del producto, debido a que no contaban con los antecedentes del control prenatal, ni la evolución del embarazo, así como tampoco datos de la somatometría al nacimiento.<sup>207</sup>

La persona agraviada F1, permaneció entubada y con un casco de oxígeno en el área de pediatría por 23 días. Después, le indicaron que tenía una hemorragia y que tendría secuelas y que éstas solo podrían determinarse con el tiempo. Actualmente, la persona agraviada F1 presenta un daño cerebral con un diagnóstico de microcefalia y espasticidad.

Posterior a esta información proporcionada por la propia persona agraviada F y la autoridad, se procedió a obtener por parte de este Organismo 8 diversas opiniones y peritajes médicos, encaminados a dilucidar si existió algún acto de mala praxis que infirió en los actuales padecimientos del hijo de la persona agraviada F.

En el primero de ellos, la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, señaló que el daño físico que presenta la persona agraviada F1, es de tipo neurológico caracterizado por la falta de desarrollo en la parte motora.<sup>208</sup>

El segundo es un informe pericial realizado por un médico perito de la Dirección de Apoyo Pericial para las Fiscalías Especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el cual señaló que las notas médicas que integran el expediente clínico relacionado con este caso, no son legibles ni entendibles, requiriéndose contar con la opinión técnica científica de un especialista en Ginecoobstetricia y un especialista en Pediatría.<sup>209</sup>

El tercer documento fue elaborado a petición de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal por una especialista en Ginecoobstetricia del Hospital de la Mujer, quien señaló que no se

<sup>205</sup> Ver Anexo, evidencias 32, 33 y 43.

<sup>206</sup> Ver Anexo, evidencia 33 y 34.

<sup>207</sup> Ver Anexo, evidencia 34.

<sup>208</sup> Ver Anexo, evidencia 41

<sup>209</sup> Ver Anexo, evidencia 40.



puede determinar negligencia, impericia o responsabilidad médica en el tratamiento relacionado con el parto.<sup>210</sup>

El cuarto documento fue elaborado a petición de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, por una médica pediatra neonatóloga, adscrita al Hospital de la Mujer, quien señaló que tampoco existió negligencia, impericia o responsabilidad profesional debido a que el personal médico procedió con la entubación orotraqueal al momento del nacimiento.<sup>211</sup>

No obstante los anteriores opiniones médicas obtenidas por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, existe un informe médico suscrito por una perito médica adscrita a la Dirección de Apoyo Pericial para las Fiscalías Especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en el cual señala que existe contradicción entre las notas médicas de los médicos tratantes de ginecoobstetricia del Hospital de Inguarán, quienes refirieron que no existían datos de sufrimiento fetal señalando que el bebé llora y respira, mientras que las notas médicas del personal de Pediatría y Enfermería del mismo nosocomio, indicaron que el bebé no lloró ni respiró, por lo que se tuvieron que realizar maniobras avanzadas de reanimación.<sup>212</sup>

En la opinión médica emitida por el Jefe de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría, a petición de este Organismo, se señala que un nacimiento normal se produce dentro de los treinta minutos posteriores a la dilatación completa. En el presente caso el nacimiento dilató 110 minutos, por lo que se considera un período expulsivo prolongado. Aunado a lo anterior, existió asfisia y la presencia de líquido amniótico meconial, lo que se traduce en que hubo sufrimiento fetal.<sup>213</sup>

El sexto documento fue la opinión médica realizada por el personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, señalando que el daño que presenta la persona agraviada F1, son las alteraciones neurológicas denominadas secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica; atrofia cortical severa y leucoencefalomacia; alteración global del neurodesarrollo y actividad epiléptica en tratamiento. Los médicos del Hospital Materno Infantil Inguarán, al haber permitido que en el trabajo de parto de la persona agraviada F en el período expulsivo fuera prolongado, [más de 110 minutos según la hoja del partograma] condicionaron a que la persona agraviada F1 tuviera las alteraciones neurológicas descritas.<sup>214</sup>

El séptimo documento fue suscrito por Jefe de Departamento de Obstetricia y el Director Médico del Instituto Nacional de Perinatología, quienes señalaron lo que a continuación se describe:<sup>215</sup>

- a) En la descripción de los hechos se refiere a la presencia circular de cordón.
- b) Desde la última valoración de la frecuencia cardiaca fetal a las 21:45 horas hasta la hora de nacimiento a las 22:15 horas, no se menciona valoración de la actividad cardiaca fetal.

<sup>210</sup> Ver Anexo, evidencia 42.

<sup>211</sup> Ver Anexo, evidencia 38.

<sup>212</sup> Ver Anexo, evidencia 40.

<sup>213</sup> Ver Anexo, evidencia 39.

<sup>214</sup> Ver Anexo, evidencia 41.

<sup>215</sup> Ver Anexo, evidencia 42.

c) En la nota de atención de parto no se hace referencia al cordón umbilical ni a las características del líquido amniótico.

d) Hay incongruencia de información referente al recién nacido ya que en la nota post parto se refiere a que “respira y llora al nacimiento” y en nota de informe médico se menciona “recibiéndose flácido”.

Por último, se encuentra la opinión médica realizada dos Peritos Médicos Forenses y una Directora de Área de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en este documento se hacen evidentes los siguientes datos probatorios:

- Al diagnosticar el día 11 de febrero de 2011 en el Centro de Salud T-III Manuel Pesquiera, la presencia del cordón umbilical en el cuello del producto, se canalizó a la persona agraviada F1 al Hospital Materno Inguarán.

- El día 28 de febrero de 2011, se recibe a la persona agraviada F1 en el Hospital Materno Inguarán, diagnosticando que cursaba 39 semanas de embarazo y quemadura de segundo grado en el antebrazo derecho. Sin embargo, no se le interrogó por parte del médico tratante si se le diagnosticó riesgo obstétrico, si se realizaron estudios de laboratorio o ultrasonidos previos, si se aplicó toxoide tetánico contra la quemadura, ni se realizó ultrasonido obstétrico para confirmar edad gestacional ni registro cardiotocográfico para descartar algún compromiso materno fetal como los es la circular de cordón. Vulnerándose con ello la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio, debido a que omitió prevenir y detectar riesgos para la salud de la madre y el niño.

- Aunado a lo anterior, conforme a resultados de análisis de laboratorio del 28 de febrero de 2011, la sangre de la persona agraviada F1 presentaba ya un proceso infeccioso agregado sin dilucidar si dicho proceso se debía a una infección en vías urinarias que también presentaba la paciente o en su defecto la quemadura de segundo grado de su antebrazo derecho.

- A las 17:00 horas de ese mismo día, se comenzaron a realizar acciones médicas para acelerar el proceso de parto, sin atender a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio, debido a que no se justificó el por qué se le administró oxitocina a la persona agraviada F1, ni realizó ultrasonido obstétrico, ni registro cardiotocográfico, ni pruebas de bienestar fetal ni se oxigenó a la madre. Aunado a lo anterior, no se realizó el llenado adecuado del Partograma ni del Consentimiento Informado, violentando con ello a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

- Posteriormente en el trabajo activo de parto, los médicos que tuvieron a la persona agraviada F1 bajo su cargo, no la tuvieron en vigilancia, ni oxigenación, ni manejo médico durante el tiempo de 110 minutos, [de las 20:25 horas hasta las 22:15 horas], a pesar de que ya presentaba dilatación cervical completa de 10 centímetros y borramiento de 100% desde las 20:25 horas, por lo que no se advirtió oportunamente el sufrimiento fetal agudo manifestado por la depresión con al nació el producto y la aspiración de meconio.



- La paciente presentó desde momentos previos al parto y durante el mismo, infección en vías urinarias, leucorrea amarillenta, fiebre de 38.3 grados centígrados, no se descartó circular de codón y leucocitosis de 12.7 indicativo de proceso infeccioso agregado, todos estos síntomas de embarazo de alto riesgo, por lo que dicha situación ameritaba la extracción oportuna del producto mediante cesárea, pero al omitir la presencia de riesgos obstétricos, no se previno tampoco la aparición de complicaciones que terminaron por afectar la salud del producto, vulnerando también con ello a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 de la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

- Las causas de la asfixia perinatal del recién nacido, se debieron a los siguientes factores:

1) La omisión de una vigilancia estrecha por parte de los médicos tratantes que no advirtieron que cursaba con un embarazo de alto riesgo;

2) Por la inadecuada ruptura prematura de membranas artificiales de más de cinco horas que favoreció el ascenso de la infección materna;

3) Por la hipertonia uterina provocada por el uso indiscriminado de oxitocina que provocó estrés en el producto y sufrimiento fetal agudo;

4) Por la omisión en la oxigenación de la madre durante todo el tiempo que estuvo con borramiento y dilatación completa;

5) Por el período prolongado de expulsión que tuvo una duración aproximada de 110 minutos.

- Posteriormente, la atención médica proporcionada al recién nacido tampoco fue la adecuada, toda vez que los médicos tratantes omitieron realizar una adecuada exploración física y realizar electroencefalograma y tomografía de cráneo que les permitiera diagnosticar la atrofia e infarto cerebral como secuelas de la hipoxia neonatal, misma que fue diagnóstica tiempo después, omitiendo también realizarle tamiz neonatal y aplicarle las vacunas BCG y antipoliomelítica. Aunado a lo anterior, en el certificado de nacimiento se asentó que en el apartado de Anomalías Congénitas Enfermedades o Lesiones en el Recién Nacido Vivo; "Sin ninguna aparente"; tampoco se realizó el llenado de las Hojas para el Consentimiento Informado respecto del tratamiento que se brindaría al neonato, incumpliendo así con las Normas Oficiales Mexicanas NOM-034-SSA2-2002 para la Prevención y Control de los Defectos del Nacimiento y la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

Esta ausencia de atención médica integral acorde a los padecimientos que la persona agraviada F1 ya presentaba pero que no fueron diagnosticados a tiempo, provocó que al día siguiente de haber egresado el recién nacido del Hospital Materno Inguarán, [del 23 al 24 de marzo de 2011] tuviera que regresar al área de urgencias del Hospital Pediátrico Iztacalco, donde permaneció hospitalizado durante ocho días en los cuales se estabilizó y se le comenzó a proporcionar un esquema de atención terapéutica.

En este sentido, los actos descritos anteriormente permiten concluir a la CDHDF que se vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada F, así como el de la persona agraviada F1, de este último en conexidad con el derecho a la integridad por alteración a su condición de salud física.

### Caso G. Expediente CDHDF/III/122/TLAH/12/D5551

El presente caso la CDHDF, documentó que la persona agraviada G no fue atendida adecuadamente en el Hospital General de Tláhuac, ello en razón de que las valoraciones médicas de embarazo realizadas por el personal de mismo no correspondieron a las características clínicas que ella presentaba en ese momento,<sup>216</sup> en razón de lo siguiente:

El 16 de agosto de 2012 a las 21:00 horas, la persona agraviada G, de 32 años de edad, ingresó al área de toco-cirugía del Hospital General de Tláhuac para atención de parto de su segundo embarazo. A las 7:30 horas del 17 de agosto de 2012, familiares de ella preguntaron por su estado de salud y les informaron que todo había salido bien, precisándoles que había alumbrado a una niña, no obstante que con base en los ultrasonidos que previamente le habían realizado les aseguraron que se trataba de un niño.

A las 9:30 horas de ese día, familiares de la persona agraviada G preguntaron nuevamente por el estado de salud del binomio, y personal de salud les informó que pronto les darían de comer.

Asimismo, personal médico de la CDHDF, en la consulta del expediente clínico del caso advirtió que personal de salud del referido nosocomio ignoró los resultados de laboratorio donde se detectaba que la paciente presentaba alteraciones médicas;<sup>217</sup> asimismo se observó que a la persona agraviada le fueron suministrados medicamentos los cuales no se hacen constar en notas médicas y se desconoce el motivo por el cual se suministraron<sup>218</sup>. Se tienen signos que indican la existencia de una hemorragia obstétrica sin que ésta sea atendida en tiempo, trascurriendo un lapso de las 09:10 hasta las 11:20 horas en que los médicos se percatan de la pérdida de sangre. El Hospital General Tláhuac no contaba con ese momento con Banco de Sangre.<sup>219</sup>

El expediente clínico de la paciente del HGT incumplió los numerales 5.5.1.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en el cual se refiere que toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir en las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presunción de la micción. Posteriormente cada 8 horas; y con los numerales 8.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, lo cual va en detrimento de la calidad de la atención clínica recibida.<sup>220</sup>

Es de precisarse que personal de salud del Hospital General Tláhuac informó a este Organismo que a las 11:20 horas del día 17 de agosto de 2012, a la hija de la persona agraviada G, de 17 años de edad, se le informó "el estado de gravedad de la paciente y del riesgo de muerte" justificando dicha acción en la obligación del personal médico de proporcionar información del derecho del familiar a

<sup>216</sup> Ver Anexo, evidencia 49.

<sup>217</sup> *Ídem*

<sup>218</sup> *Ídem*

<sup>219</sup> *Ídem*

<sup>220</sup> Ver Anexo, evidencia 51.



ser informado, no obstante también se acepta que dicho nosocomio carece de normas que le permitan proporcionar información a personas menores de edad.<sup>221</sup>

Asimismo, de la documentación recabada por este Organismo Público Autónomo se tiene que la persona agraviada G, falleció de "CHOQUE HIPOVOLEMICO. ANEMIA AGUDA: SANGRADO POST PARTO MASIVO EXTRAUTERINO",<sup>222</sup> presentando un desgarre de útero lo cual permite concluir a este Organismo que la atención médica que se proporcionó a la persona agraviada G no fue adecuada ni oportuna incumpléndose con ello con el deber de debida diligencia.

Los actos descritos anteriormente, permiten determinar a la CDHDF que en el presente caso se vulneró el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida de la persona agraviada G, así como el derecho a la salud de la persona agraviada G1.

#### **Caso H. Expediente CDHDF/III/121/GAM/12/D6186**

Por lo que se prefiere a este caso, se acredita la violación al derecho a la salud en virtud de que la agraviada H no recibió un diagnóstico adecuado respecto a los síntomas o signos clínicos que presentó en las revisiones del personal médico del Hospital General Ticomán, lo anterior de acuerdo con el dictamen pericial perinatal pudo prever la muerte del producto de la gestación.<sup>223</sup>

En el presente caso, la CDHDF documentó que el 29 de septiembre de 2012, la persona agraviada H acudió para atención de su parto al Hospital General de Ticomán por presentar contracciones uterinas de 4 horas de evolución; personal médico de ese nosocomio a pesar de que presentó presión arterial elevada de 140/90 milímetros de mercurio y frecuencia fetal de 145 latidos por minuto omitió darle la atención que requería, únicamente se le dio cita abierta para urgencias y se le informaron los signos de alarma. En este sentido, conforme a la opinión médica emitida por personal de este Organismo público autónomo, personal médico de ese nosocomio en dicha fecha debió de haberse cerciorado que la paciente no presentara alguna enfermedad hipertensiva del embarazo (como preeclampsia leve), midiendo las cifras de presión arterial con una diferencia de 6 horas y realizando pruebas de laboratorio (específicamente búsqueda de proteína en orina). Al no hacer lo anterior, consideró que la práctica médica no fue adecuada e idónea.<sup>224</sup>

Para el 2 de octubre de 2012, cuando la persona agraviada H acudió de nuevo a atención al citado Hospital, en el servicio de urgencias se le diagnosticaron contracciones uterinas de 4 horas de evolución. A la exploración física se reportó que tenía presión arterial 132/81 milímetros de mercurio, y había una frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, al tacto vaginal presentó un centímetro de dilatación (diámetro de la abertura del cuello durante el parto medido por explotación vaginal y expresado en centímetros) y borramiento (acortamiento y adelgazamiento de la parte vaginal del cuello uterino), pero nuevamente personal médico del Hospital General Ticomán determinó que no existía ninguna situación de emergencia en ese momento por lo que indicó a la paciente que regresara para una revaloración dando cita abierta a urgencias.

<sup>221</sup> Ver Anexo, evidencia 47.

<sup>222</sup> Ver Anexo, evidencia 45,

<sup>223</sup> Ver Anexo, evidencia 66.

<sup>224</sup> Ver Anexo, evidencia 63.

En razón de lo anterior, personal médico de la CDHDF concluyó en la opinión médica emitida respecto al caso que la cifra de presión arterial reportada *la cual por sí sola no cumple con los criterios para pensar en alguna enfermedad hipertensiva, sin embargo, considero que por el antecedente de cifras arteriales elevadas, se debió de haber ingresado a la señora a la hospitalización para valorar la evolución de su trabajo del parto. Al no hacer lo anterior considero que la práctica médica no fue adecuada e idónea.*<sup>225</sup>

A las 19:15 horas del 2 de octubre de 2012, la persona agraviada H fue nuevamente atendida en el referido nosocomio en particular en el servicio de urgencia por un médico residente, a quien le informó que continuaba con contracciones y tenía disminución de movimientos fetales.<sup>226</sup> En la auscultación que le realizó personal médico del Hospital General Ticomán presentó una presión arterial de 140/90, no se escuchó frecuencia cardíaca fetal, ni se observaron movimientos, pero se identificó que presentaba una dilatación de 2cm. Por rastreo ultrasonográfico se reportó que el producto de la gestación no presentaba movimientos respiratorios ni corporales corazón sin evidencia de actividad cardíaca, sin evidencia de movimientos respiratorios, no de movimientos corporales. La placenta se reportó corporal posterior grado III. Se reportó un óbito de 38.6 semanas.

Por lo anterior, se decidió el ingreso de la persona agraviada H a la unidad de toco quirúrgica para trabajo de parto. El 3 de octubre de 2012, a las 15:33 horas se reportó que la persona agraviada H continuaba en trabajo de parto con una dilatación de 7 cm por lo que se decidió interrumpir el embarazo vía abdominal [realización de cesárea].

La persona agraviada H, informó a personal de este Organismo que durante el tiempo que estuvo en trabajo de parto (más de 23 horas) sentía mucho dolor por lo que pidió ayuda a una enfermera y para que le hiciera caso la sujetó de la mano, la enfermera le dijo "a mí no me toques porque no respondo". Le dijeron que no la pasaban a quirófano porque "estaban esperando que dilatara" hasta que pasó un doctor y los regañó y les dijo que si el bebé ya no estaba vivo cómo esperaban que se empujara para nacer, y fue cuando la programaron para cesárea. La bebé falleció pero permaneció un día dentro de la persona agraviada H. Ella se sintió muy afectada, estaba hinchaba y se le subió la presión, a pesar de ello, le retiraron todo el medicamento. Sintió que si seguía ahí no iba a salir viva, se sintió maltratada y humillada, por lo que su mamá solicitó y firmó su alta voluntaria.<sup>227</sup> A las 19:00 horas del 3 de octubre de 2012, se obtuvo vía cesárea un producto óbito femenino.

Concluida la cirugía la persona agraviada H fue ingresa a piso, donde el 5 de octubre del 2012 a las 15:30 horas, se reportó que sus signos vitales se encontraban alterados con la presión arterial elevada 150/90 milímetros de mercurio se solicitó verificar la presión arterial de manera horaria y estudios de laboratorio.

A las 18:50 horas los familiares de la persona agraviada H, solicitaron su alta voluntaria, dado que la presión arterial no fue controlada pues se encontraba en 155/95 milimetro de mercurio. El hecho de que la persona agraviada H no fuera atendida de las alteraciones que presentaba supresión arterial y solo se le tuviera en observación.

---

<sup>225</sup> Ver Anexo, evidencia 63.

<sup>226</sup> Ver Anexo, evidencias 63 y 64.

<sup>227</sup> Ver Anexo, evidencia 64.



Si bien no puede atribuirse el fallecimiento de la recién nacida a la mala práctica médica proporcionada a la persona agraviada H en el Hospital General Ticomán, ello en razón de que no existe necropsia que pueda acreditar el nexo causal ente la muerte de la recién nacida y la inaplicación de principios médicos para la atención obstétrica de la persona agraviada H,<sup>228</sup> en el Dictamen del muerte perinatal emitido por médicos de ese nosocomio, se indicó que el diagnóstico que se emitió respecto a la persona agraviada H fue incorrecto e inoportuno, y que la muerte del producto de la gestación era previsible y evitable.<sup>229</sup>

Los hechos anteriores constituyen una violación al derecho a la integridad personal de la persona agraviada H, por tratos crueles, inhumanos o degradantes, ya que causaron en ella un sufrimiento grave por lo siguiente: i) no se le dio un tratamiento para el dolor que refirió tener con motivo del trabajo de parto, y ii) se le expuso innecesariamente al acto de parir de manera natural aun cuando se tenía la certeza de que el producto de la gestación se encontraba muerto estando todavía en su cuerpo aproximadamente 23 horas. Asimismo se incumple con las obligaciones del personal de salud de garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la efectiva protección de la vida prenatal, en conexidad con los derechos al desarrollo y supervivencia.

#### **Caso I. Expediente CDHDF/III/121/TLAL/12/N7656**

De acuerdo a la investigación realizada en esta queja, se desprende que el 6 de enero de 2012, a las 19:34 horas, se registró la persona agraviada I para atención de su parto al Hospital General Ajusco Medio; en la Hoja del Partograma y/o Evolución del Trabajo de Parto, se asentó que la hora de ingreso fue a las 21:00 horas donde el personal médico que la atendió colocó entre los diagnósticos un probable retraso en el crecimiento intrauterino y un riesgo de pérdida en el bienestar fetal. El producto de la gestación presentaba movimientos fetales y una frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto, se indicó la realización de operación cesárea por presentar riesgo en el bienestar fetal. Después de aproximadamente una hora y media, la persona agraviada I presentó la salida de líquido de características meconiales, lo cual fue confirmado posteriormente en la primera revisión que tuvo.<sup>230</sup>

No obstante lo anterior, la persona agraviada I no recibió una atención oportuna, sólo personal de ese nosocomio le dijo que aguardara su turno.

De la investigación realizada por la CDHDF, se tiene que durante el tiempo que la persona agraviada I requirió la atención de su parto en el citado nosocomio existía el personal médico suficiente y adecuado para proporcionársela, pero se retrasó su valoración en el área de Urgencias Gineco Obstétricas. Por lo anterior, fue la falta de organización por parte del servicio médico- administrativo del área de Urgencias Gineco Obstétricas, lo que condicionó el retraso en la valoración inicial de la paciente, siendo este retraso atribuible a un factor organizacional por parte del personal médico-administrativo del Hospital General Ajusco Medio.<sup>231</sup>

<sup>228</sup> Ver Anexo, evidencia 63.

<sup>229</sup> Ver Anexo, evidencia 65.

<sup>230</sup> Ver Anexo, evidencia 62.

<sup>231</sup> Ver Anexo, evidencia 62.

A las 21:30 horas del día 06 de enero de 2012, se valora de nuevo a la persona agraviada I, identificándose el mismo diagnóstico y se vuelve a indicar operación cesárea. A las 22:00 horas, la paciente fue valorada por el servicio de Anestesiología indicándose un medicamento para acelerar el vaciamiento gástrico. El producto de la gestación nació a las 22:30 horas sin signos vitales, se le intentó reanimar por el servicio de Pediatría sin éxito y se da el diagnóstico de óbito (muerte fetal).

De la consulta realizada al expediente clínico de la persona agraviada I por parte de personal médico se concluyó lo siguiente:

1. La atención médica brindada a la paciente por parte del servicio de Urgencias Gineco Obstétricas del Hospital General Ajusco Medio, no fue adecuada ni oportuna. Existiendo un retraso en la prestación del servicio médico, lo que contribuyó a la muerte fetal.
2. La atención médica brindada por el Hospital General Ajusco Medio no cumplió con la obligación de medios por parte de los médicos tratantes ya que no se le ofreció al binomio materno fetal, todos los medios diagnósticos y de tratamiento con los que contaba el Hospital. Lo anterior es mala práctica médica.
3. Existió mala integración de las notas de anestesiología por parte de la médica [...], de acuerdo a lo asentado en la nota post anestésica de la Dra[.] Tzompa. Lo anterior no cumple con los numerales 11.1.3 y 11.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.<sup>232</sup>

Por lo tanto e independientemente de la causa de la muerte, existió un momento, dentro de la atención obstétrica, cuando el producto aun presentaba frecuencia cardiaca fetal, en donde se podría haber incidido de forma diagnóstica terapéutica, sin embargo se conjuntaron varios factores médico-administrativos y con ello no se le brindaron los medios de diagnóstico y terapéuticos al binomio materno fetal, lo que finalmente coadyuvó en que se presentara el óbito fetal.<sup>233</sup>

Lo anterior, permite a la CDHDF concluir que existió la vulneración al derecho a la salud de la persona agraviada I en conexidad con su derecho a la integridad, ello en razón de que no recibió oportunamente la atención médico obstétrica que su caso ameritaba, lo cual se puede acreditar tomando en cuenta el retraso que existió en la prestación del servicio médico el cual se prolongó por más de 2 horas en un inicio y posteriormente 43 minutos siendo que se trataba de una cesárea de urgencia la cual debe practicarse en máximo 30 minutos. Asimismo, personal de salud incumplió con su obligación de garantizar una protección efectiva a la vida prenatal.

#### **Caso J. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/13/D0935**

En el caso que nos ocupa, el 12 de febrero de 2013, alrededor de las 20:00 horas, familiares de la persona agraviada J, la llevaron para atención médica al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal,<sup>234</sup> debido a que presentaba convulsiones y trabajo de parto de su primer embarazo de 26 semanas de edad gestacional, adicionalmente presentaba sangrado.<sup>235</sup> Sin embargo, inicialmente le negaron la atención, bajo el argumento de que no había personal que la recibiera debido a que se estaba

---

<sup>232</sup> Ver Anexo, evidencia 62.

<sup>233</sup> *Idem*.

<sup>234</sup> Ver Anexo, evidencia 69.

<sup>235</sup> Ver Anexo, evidencia 69.

atendiendo otro evento obstétrico. Esto último quedó probado con la información que proporcionó el propio personal que laboró el día de los hechos en el referido nosocomio, al informar a este Organismo que a esa hora atendían un parto normal, y al salir en el área de choque se encontraba la persona agraviada J, quien fue ingresada por personal de enfermería en el servicio de admisión,<sup>236</sup> estable, sin dato de crisis convulsivas, cursando la fase latente de trabajo de parto, ruptura de membranas, con 3 centímetros de dilatación y con frecuencia cardíaca fetal de 118 latidos por minuto y mal pronóstico para el producto de la gestación.

Resulta importante precisar, que a las 20:25 horas de ese día, se tiene que la persona agraviada J fue ingresada a dicho nosocomio auscultándose por una médica ginecoobstetra y una médica general. En la información proporcionada a este Organismo se advierte que el 12 de febrero de 2013 en la guardia médica del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" laboraban dos médicos gineco-obstetras y una médica general,<sup>237</sup> ello permite concluir que no se contaba con personal suficiente e idóneo para la atención de una paciente embarazada con una eventual crisis convulsiva. Lo anterior no está de acuerdo a lo señalado en los artículos 21 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo cual genera un incumplimiento al derecho a la salud en su componente de disponibilidad y responsabilidad institucional.<sup>238</sup>

Asimismo, en el caso se advierte que contrario a lo establecido por la literatura médica para una persona con la condición de salud que presentaba la persona agraviada J, se le debió de suministrar medicamentos tocolíticos que le *permitieran continuar con la inducción de maduración pulmonar con la aplicación de esquema único de esteroides. En el presente caso, en el expediente clínico no se documenta alguna acción al respecto. Por el contrario, se observa que se le aplica oxitocina a la paciente. La oxitocina es un medicamento que se utiliza para la inducción o conducción del trabajo de parto.*<sup>239</sup>

Por lo anterior, personal médico de este Organismo opinó que de la consulta de las constancias del expediente clínico de la persona agraviada J, se observó que no existió apego a las guías de práctica clínica de ruptura prematura de membranas, así como a la guía de práctica clínica sobre el tratamiento del parto pretérmino. Por el contrario, se suministraron a la agraviada medicamentos que aceleraron el trabajo de parto cuando lo indicado por la literatura médica refleja la necesidad de retrasarlo. Asimismo, se dejó de valorar las contracciones uterinas y ni la frecuencia cardíaca fetal.<sup>240</sup>

Asimismo, en la referida consulta no se advirtió que exista evidencia de que se le haya informado a la persona agraviada J las acciones médicas realizadas, las alternativas terapéuticas así como el pronóstico del producto, incluyendo el momento en el cual ésta falleció, lo cual violó lo establecido en el punto 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.<sup>241</sup>

---

<sup>236</sup> Ver Anexo, evidencia 67.

<sup>237</sup> Ver anexo, evidencia 68.

<sup>238</sup> Ver Anexo, evidencia 69.

<sup>239</sup> Ver Anexo, evidencia 69.

<sup>240</sup> *Idem.*

<sup>241</sup> *Idem.*

El producto de la gestación, nació muerto aproximadamente nueve horas después (a las 05:57 horas) del día 13 de febrero de 2013. Personal médico de la CDHDF opinó que independientemente del mal pronóstico del producto, el personal sanitario tratante del binomio materno fetal, incumplió con su obligación de medios diagnóstico-terapéuticos, por lo cual se incurrió en mala práctica. El daño fue la muerte del producto sin poder establecer con certeza, por las características de la prematuridad del producto.

En este caso se tiene que de acuerdo a la valoración de impactos psicosociales elaborada por personal de la CDHDF, la persona agraviada J en la actualidad presenta afectación a su salud emocional derivada del evento vivido, aún presenta síntomas de estrés postraumático, crisis de ansiedad, depresivos y una elaboración no adecuada del proceso de duelo, para las cuales no ha recibido la atención especializada adecuada, afectando de manera significativa su vida cotidiana e impidiéndole retomar su proyecto de vida. Se niega a acudir nuevamente a una institución de salud lo cual le impacta en su condición de salud.<sup>242</sup>

Con las acciones y omisiones descritas, la CDHDF concluye que en el caso particular se violó el derecho a la salud de la persona agraviada J en conexidad con su derecho a la integridad personal, asimismo se omitió cumplir por parte del personal de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con la obligación de garantizar una protección efectiva a la vida prenatal.

#### **Caso K. CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015**

En el presente caso se tiene que, la persona agraviada K el 1 de febrero de 2013 acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México *Dr. Belisario Domínguez*, para atención por parto. A dicho nosocomio ingresó a las 12:00 horas. Fue revisada en el área de urgencias por un médico, quien le realizó un tacto vaginal pidiendo al "pasante", que lo acompañaba, que hiciera lo mismo "mira toca", lo cual hizo éste sin que le solicitara su consentimiento. Fue informada de que se quedaría hospitalizada y la llevaron a la unidad toco-quirúrgica. Se le diagnosticó ruptura precoz de membranas, fase latente de trabajo de parto con 4 centímetros de dilatación y una edad gestacional de 40 semanas.

Después de aproximadamente 7 horas, personal de salud le aplicó a la persona agraviada K oxitocina y luego una médica le abrió el cuello uterino, diciéndole que era para ayudarla a que dilatara más rápido, pero sólo dilató ocho centímetros, por lo que personal médico determinó realizarle una cirugía de cesárea al determinarse la presencia de sufrimiento fetal agudo. La cirugía se complicó dado que presentó sangrado abundante, debido a ello una médica ginecóloga le informó que tenían que quitarle la matriz porque si no moriría, personal que estaba en el quirófano le acercó una hoja en la que asentó su firma para dar autorización a que le practiquen la histerectomía.

La persona agraviada K, permaneció 5 días ingresada en el área de terapia intensiva; al esposo de la persona agraviada K (en adelante, persona peticionaria K) personal de salud le explicó que el procedimiento que habían seguido en el quirófano consistió en extirpar el útero y asegurar las arterias que lo sostenían, al cual se le denominaba coloquialmente "empaquetar". A partir de entonces el personal de salud de ese nosocomio nombraba a la persona agraviada K como "la

---

<sup>242</sup> Ver Anexo, evidencia 74.



empaquetada”, cuando acudían a realizarle revisiones y veían el expediente le decían: “¡ah! usted es la empaquetada”.

La persona peticionaria K con la finalidad de que por tercera ocasión se interviniera quirúrgicamente a su esposa llevó a personas que donaran sangre, pero esa acción no se realizó dado que el referido nosocomio no contaba con el equipo necesario para procesar la sangre donada. Personal del citado hospital le informó que la sangre que se requería se localizaba en un hospital ubicado en la delegación Tlalpan, pero que no contaban con los medios para trasladarla en ese momento, por lo que la persona peticionaria K realizó el traslado con base en un documento y un contenedor que ese hospital le entregó, con lo cual se hizo el procedimiento de desempaquetamiento a la persona agraviada K.

Después de esa cirugía, la persona agraviada K presentaba temperatura elevada, hasta que un médico la revisó y determinó que se le diera un medicamento para inhibir la lactancia.

Durante el tiempo que estuvo hospitalizada la persona agraviada K recibió del personal de salud comentarios como: “deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma”. Cuando fue dada de alta, personal de enfermería retiró los puntos de la cirugía con una aguja por falta de instrumental para ello, sin ponerse guantes ni cubre bocas.

Personal de esta Comisión en opinión de impacto psicosocial, concluyo que la persona agraviada K actualmente presenta impactos que “están directamente relacionados con los actos de violencia obstétrica a los que estuvo expuesta [...], aunado al grave impacto que la histerectomía ha tenido en su integridad psicofísica”, esto permite concluir a la CDHDF que a la persona agraviada K se le causó una afectación a su derecho a la salud emocional, ya que también presenta depresión y algunos síntomas de estrés postraumático, así como graves afectaciones a su estado de salud, todo ello también va en deterioro en su salud física dado que se le generó temor de acudir a Servicios Médicos del Gobierno del Distrito Federal y la falta de recursos económicos para una atención alternativa, condicionan un deterioro en su estado físico y al mismo tiempo emocional.<sup>243</sup>

#### **Caso L. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D4569**

El 5 de julio de 2013, la persona agraviada L, de 17 años, acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtépec de la Secretaría de Salud de Distrito Federal, ya que presentaba dolores de parto. Esta Comisión pudo constatar que antes y durante el parto, la persona agraviada L fue atendida por médicos anestesiólogos, médicos generales y residentes, ya que el hospital no contaba con médico especialista en ginecología adscrito en ese momento<sup>244</sup>. El médico ginecólogo se presentó una hora después de iniciado el parto, a pesar de que la persona agraviada L ya se reportaba muy grave por choque hipovolémico y hemorragia obstétrica.

Lo anterior muestra que la agraviada recibió una inadecuada atención médica ya que no fue atendida por un médico especialista y se delegó el cuidado de la paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación, con lo cual se incumplen los siguientes artículos: 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal y el artículo 21 del Reglamento de la Ley General

<sup>243</sup> Ver anexo, evidencia 76.

<sup>244</sup> Ver anexo, evidencia 71

de Salud en Materia de Prestación.<sup>245</sup> Los médicos generales y los residentes, así como otros especialistas que no sean ginecólogos, no pueden brindar la atención idónea y ponen en riesgo la salud de la paciente. Incluso los residentes deben estar supervisados por médicos especialistas para que el tratamiento brindado sea el más adecuado, de acuerdo con el numeral 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, ya que los residentes no cuentan con la posibilidad de ofrecer la terapéutica que puede ofrecer un médico especialista<sup>246</sup>. Al tratarse del embarazo de una adolescente, el cual presenta más riesgos, sólo un médico especialista en gineco-obstetricia podía brindar la atención especial y el cuidado que requería la persona agraviada L, y así asistirle oportunamente en el control de la hemorragia. Por lo anterior, se incumple el derecho de la paciente a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, tal como lo señala el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.<sup>247</sup>

Además, la persona agraviada L requería transfusión de sangre desde las 7:45 horas<sup>248</sup>, incluso estaba clínica y laboratorialmente indicado, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.<sup>249</sup> No obstante la gravedad de su estado de salud, no se le brindó la atención requerida en dicho nosocomio, ya que éste no cuenta con un banco de sangre ni con un área de terapia intensiva, y fue trasladada al Hospital General La Villa sólo hasta las 10:00 horas.<sup>250</sup> Lo anterior, refleja el retraso en el tratamiento médico brindado a la persona agraviada L, derivado de la falta de disponibilidad de los servicios de salud necesarios en el citado nosocomio, así como de la inadecuada e inoportuna gestión del caso por parte del personal médico.

Por otro lado, no existe constancia documental en la cual se acredite que se haya informado a la paciente o a sus familiares sobre la falta de médico gineco-obstetra ni sobre las posibles repercusiones en su manejo médico. En consecuencia, se incumple con lo señalado en los puntos 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como en la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.<sup>251</sup>

Por todo lo anterior, la atención médica recibida por la persona agraviada L fue inadecuada e inoportuna, incumpliendo el deber superior de cuidado que debió observarse por tratarse de una adolescente embarazada, poniendo en riesgo su salud y su vida.

### **Caso M. Expediente CDHDF/III/121/CUAUH/13/D6468**

En el presente caso se acreditó que la persona agraviada M cursaba la semana 32 de su embarazo, cuando fue referida de la Clínica Especializada Condesa al Hospital General *Dr. Gregorio Salas Flores* para que fuera atendida en su último mes de embarazo y le fuera programada una cesárea por su condición de salud. El 25 de septiembre de 2013, acude a dicho Hospital y un médico le menciona que será recibida en el área de urgencias cuando presente sangrado, dolores y ruptura de la fuente.

---

<sup>245</sup> Ver anexo, evidencia 75.

<sup>246</sup> Ver anexo, evidencia 75

<sup>247</sup> Ver anexo, evidencia 75.

<sup>248</sup> Ver anexo, evidencia 71

<sup>249</sup> Ver anexo, evidencia 75.

<sup>250</sup> Ver anexo, evidencia 74

<sup>251</sup> Ver anexo, evidencia 75.

Aunque la persona agraviada M, tomo la decisión y se trasladó por sus propios medios al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde arribo aproximadamente a las 12:00 horas. Para ese momento presenta ruptura de membranas con presencia de líquido meconial, dilatación y borramiento del 90% y diagnóstico de sufrimiento fetal agudo<sup>261</sup>, por lo que debió ser intervenida de emergencia.

La opinión médica elaborada por el personal médico de esta Comisión, considera que:

[La falta de una atención oportuna a la paciente por parte del Hospital General *Dr. Gregorio Salas* ocasionó] una exposición innecesaria al riesgo de transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana para el producto. También ocasionó que una cesárea programada se convirtiera en un evento quirúrgico de urgencia en la cual ni la madre ni el producto estaban en las mejores condiciones fisiológicas para afrontar los riesgos inherentes al procedimiento, tanto anestésico como quirúrgico. También es de importancia señalar que la cesárea de urgencia, incrementa el riesgo de transmisión vertical.

Lo anterior implica la responsabilidad del personal médico del Hospital General *Dr. Gregorio Salas* en razón de que la atención médica proporcionada a la agraviada M, no fue la adecuada, en función de que no existen constancias de que se hayan realizado estudios para valorar la carga viral de la paciente<sup>262</sup>. Asimismo, no se le brinda la atención médica oportuna, integral y de calidad<sup>263</sup> debido a que no se cuenta con el servicio de pediatría lo que limita que pueda llevarse a cabo una operación cesárea programada. Además debido a los datos clínicos reportados (refería dolor obstétrico, expulsión de tapón mucoso y se documentó en el expediente clínico el sangrado transvaginal) lo indicado era vigilancia médica o referencia a una unidad resolutive, sin embargo, no se expide constancia de referencia.

Tampoco consta en el expediente clínico del Hospital General *Dr. Gregorio Salas* que se le haya brindado información a la paciente respecto de los riesgos de un parto por vía vaginal, ni sobre la pertinencia de resolver el parto mediante una cesárea<sup>264</sup>, a fin de disminuir el riesgo de transmitir el síndrome de la madre al hijo.<sup>265</sup> Es relevante mencionar que el sufrimiento fetal si pudo haberse

<sup>261</sup> Ver Anexo, evidencia 79.

<sup>262</sup> De acuerdo con lo señalado en la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por el VIH de la Secretaría de Salud.

<sup>263</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

<sup>264</sup> Lo anterior no cumple con lo señalado en el punto 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como a la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud y numeral 5.6.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010.

<sup>265</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en su numeral 5.6 Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán promover y colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr que participe activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de calidad del paciente, teniendo como marco el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y la perspectiva de género. El personal de Salud debe hacer referencia al cumplimiento de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y al Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, así como, el Programa Nacional de Derechos Humanos vigente evitando cualquier estigma y forma de exclusión en razón de las condiciones de salud o preferencia sexual en el ejercicio de sus labores, conforme a las estrategias y competencias de Salud en la materia. El personal de salud debe recomendar a la población que vive con VIH: (...)

5.6.5 Proveer información científica acerca de la prevención de la transmisión perinatal a mujeres con VIH para permitir su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, según el artículo 4o. de la Constitución Política de los



Por este motivo, la persona agraviada M requiere la intervención del personal de esta Comisión<sup>252</sup> quien solicita a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que le brinde el servicio y la atención médica que requería la persona agraviada M.

Seis días después, el 1 de octubre de 2013 es atendida por personal directivo del Hospital Dr. Gregorio Salas, donde se le registra y se inicia su expediente clínico. Debido a que el médico que la atendería se encontraba en cirugía, es valorada por un médico gineco-obstetra y la citan al día siguiente, para conocer al médico que atenderá su caso<sup>253</sup>.

Al día siguiente se presenta en el Hospital General *Dr. Gregorio Salas Flores* y es atendida supuestamente por el médico que atenderá su parto, éste solicita estudios clínicos para valorar su estado de salud. Durante la consulta, el servidor público le informa a la agraviada M sobre lo delicado de su embarazo y le indica que su hijo podría nacer con su padecimiento [enfermedad de la madre], asimismo, le comunica que con los resultados del ultrasonido ordenará el pase para la cesárea entre el 31 de ese mes y el 1 de noviembre de 2013<sup>254</sup>.

El 16 de octubre se presenta nuevamente en dicho hospital y recibe la indicación de acudir en dos semanas para ser operada. Sin embargo, 10 días después, el 26 de octubre de ese mismo año, en razón de que siente un malestar y dolor abdominal, acude al área de urgencias del Hospital Dr. Gregorio Salas, donde espera por alrededor de media hora antes de ser atendida. Durante la espera acude al sanitario y se percata de que tiene un sangrado<sup>255</sup>.

No obstante, del conocimiento que debería haber constado en el expediente del Hospital Dr. Gregorio Salas, sobre la condición de salud de la persona agraviada M y el riesgo que representaba para el producto, le indican que debido a la falta de servicio de pediatría, se le envía a su domicilio o que acuda por sus propios medios a otro hospital<sup>256</sup>.

Con lo antes referido, el personal del Hospital General *Dr. Gregorio Salas*, incumplió no sólo la Ley General de Salud<sup>257</sup>, sino diversas Normas Oficiales Mexicanas de Salud, relativas a las condiciones que deben prevalecer para atender oportunamente y con calidad a un paciente,<sup>258</sup> máxime que la agraviada M, era una paciente obstétrica que debía ser atendida tomando en consideración los lineamientos enunciados en la NOM-010-SSA2-1993.<sup>259</sup> Asimismo, en razón de que se documenta en el expediente clínico de ese Hospital que la agraviada M, llevaba un sangrado y había expulsado el tapón mucoso y aunque aparentemente no presentaba cambios cervicales,<sup>260</sup> tendría que haber sido retenida para ser observada o en su defecto referida a otra institución y trasladada con los servicios de dicho hospital.

---

<sup>252</sup> Ver Anexo, evidencia 76.

<sup>253</sup> Ver Anexo, evidencia 77.

<sup>254</sup> Ver Anexo, evidencia 78.

<sup>255</sup> Ver Anexo, evidencia 78.

<sup>256</sup> Ver Anexo, evidencias 78 y 79.

<sup>257</sup> Artículo 77 bis 1 y bis 9.

<sup>258</sup> NOM-007-SSA2-1993.

<sup>259</sup> Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

<sup>260</sup> Ver Anexo, evidencia 79.



prevenido. Violentando con ello su derecho a ser informada y a proporcionar su consentimiento informado, en razón de las decisiones médicas tomadas por los servidores públicos involucrados.

En este caso se evidenció que la demora en la atención y la debida planeación de la atención médica que redundó en una emergencia obstétrica, expuso a la persona agraviada M1, no sólo a un sufrimiento fetal innecesario, que además podría ser causa alguna patología neurológica. Por si fuera poco, se incrementó el riesgo y por ende la posibilidad de adquirir el síndrome de la madre.<sup>266</sup>

Con las omisiones acreditadas esta Comisión concluye que en el presente caso se vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada M, en cuanto a la obligación que se tiene de garantizarle el más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de su hijo, en conexidad con el derecho a la integridad personal.

#### **Caso N. Expediente CDHDF/III/122/CUAJ/13/D6882**

En este caso se comprobó que el 17 de septiembre de 2013 la persona agraviada N, quien presentaba un embarazo de 34.3 semanas de gestación, acudió al servicio de Urgencias al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, donde fue diagnosticada con preeclampsia leve, infección de vías urinarias y cervicovaginitis. Fue dada de alta al día siguiente, con diagnóstico de embarazo de 35 semanas, hipertensión gestacional, infección de vías urinarias, tricomoniasis. Se le indica que ante datos de alarma deberá presentarse a urgencias.<sup>267</sup>

Consta en el expediente clínico, que el 5 de octubre de ese año acudió nuevamente por presentar dolor en epigastrio<sup>268</sup>, en ese sentido, la literatura médica refiere que este dolor puede ser un factor de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia, no obstante, no se hace mayor referencia a dicho síntoma y tampoco se realizan estudios de laboratorio. Mucho menos existe registro de que se indique a la agraviada N, desde el día 17 de septiembre que deberá acudir al menos dos veces por semana para valoración.

Con síntomas de dolor abdominal acude el 6 de octubre del 2013, al servicio de urgencias del Hospital materno Infantil de Cuajimalpa donde fue atendida en la madrugada (00:30 horas) por una médica, quien informa que no presenta contractilidad uterina y tensión arterial de 130/80 mmHg. Se le da de alta y se indica acudir a las 04:00 horas para su revaloración. En este sentido, la médico informa que la agraviada N, no presentó documentos que le revelaran que había padecido previamente hipertensión arterial –según su dicho- tampoco presentaba datos clínicos para diagnosticar preeclampsia<sup>269</sup>.

---

Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. En caso de desear el embarazo, hacer el seguimiento médico adecuado estado de salud y régimen antirretroviral antes del embarazo, seguimiento prenatal etc. descrito en la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH con el fin de reducir la posibilidad de la transmisión vertical. Se debe respetar el derecho a las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva.

<sup>266</sup> Ver Anexo, evidencia 79

<sup>267</sup> Ver Anexo, evidencia 86.

<sup>268</sup> Ver Anexo, evidencia 86.

<sup>269</sup> Ver Anexo, evidencia 81.

No obstante, en la misma nota informativa refiere, que posteriormente tuvo conocimiento de que la agraviada N estuvo hospitalizada a mitad del embarazo en ese mismo Hospital por presentar hipertensión e insiste en que fue responsabilidad de la paciente no hacerlo del su conocimiento. También comenta, que no tenía acceso al expediente clínico de la agraviada, ya que dichos expedientes se encuentran resguardados y el personal de urgencias no tiene acceso<sup>270</sup>.

Existen diversas constancias<sup>271</sup> de que la agraviada N, es ingresada seis horas después al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, presentando convulsiones tónico clónicas generalizadas, con tensión arterial de 160/10 y es hasta ese momento que es atendida rápidamente por el personal del servicio y todos los especialistas de la unidad en turno.

A las 7:40 horas se interrumpe el embarazo, se solicitan estudios clínicos, se prepara para cesárea y pasa directamente a quirófano, informando a los familiares. Hasta ese momento se diagnóstica con enfermedad de Helpcon lo que se integra síndrome de Help<sup>272</sup>. Permanece en el quirófano hasta que llega el servicio de ambulancia de terapia intensiva aproximadamente a las 10:50 am y es trasladada al servicio de terapia intensiva del Hospital Dr. Enrique Cabrera<sup>273</sup>.

Durante la atención de la persona agraviada N proporcionada en el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, aproximadamente a las 7:42 horas, ocurre el nacimiento de la persona agraviada N1, el cual reporta un apgar de 3/5. La persona agraviada N1 es trasladada al servicio de neonatología para su tratamiento. El 8 de octubre se inicia alimentación en modalidad de estímulo enteral, con adecuada tolerancia, con incremento paulatino de fórmula maternizada de inicio hasta completar sus requerimientos para su peso y edad. Su evolución fue satisfactoria. El día 12 de octubre se reporta estable, ya en condiciones de egresarse, sin embargo, por las condiciones de salud de la madre, se deja a éste en resguardo, en el servicio de crecimiento y desarrollo. Evolucionó satisfactoriamente y fue egresado el 17 de octubre de 2014<sup>274</sup>.

En el caso que nos ocupa no se hizo mayor referencia al padecimiento que previamente había manifestado la agraviada N1, tampoco se realizaron estudios de laboratorio y gabinete para determinar una etiología y descartar enfermedad hipertensiva del embarazo. Por lo anterior, se establece que la atención médica proporcionada por el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa no fue adecuada al no apearse a los estándares médicos establecidos en la Ley de Salud y en las Normas Oficiales Mexicanas.

En relación a la exposición del riesgo que presentó la persona agraviada N1, al momento de su nacimiento, este fue consecuencia de una mala atención brindada por el personal médico del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, ya que al no realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos con base en el expediente clínico de la agraviada N y a su historia clínica, no contaban con información para prevenir la evolución de la enfermedad hipertensiva del embarazo y prevenir las crisis convulsivas, minimizando un evento de emergencia.

---

<sup>270</sup> Ver Anexo, evidencia 81.

<sup>271</sup> Ver Anexo, evidencias 82, 83, 84 y 85.

<sup>272</sup> Ver Anexo, evidencia 81.

<sup>273</sup> Ver Anexo, evidencias 82 y 84.

<sup>274</sup> Ver Anexo, evidencia 86.

En razón de lo anterior, del expediente clínico se extrajo que la persona agraviada N1 presentó asfixia severa por depresión respiratoria, acidosis metabólica y probable insuficiencia renal aguda y aunque el manejo médico del recién nacido posterior al parto fue el adecuado; cabe mencionar que la asfixia neonatal es considerada una causa importante de parálisis cerebral y otras discapacidades en el niño y es una de las discapacidades neurológicas más costosas<sup>275</sup>.

En la opinión médica generada en esta Comisión, se sugiere que el niño deberá ser valorado hasta los 7 años de edad por las especialidades de pediatría, medicina física y rehabilitación, neurología pediátrica, oftalmología, audiología y le deberán realizar de estudios de gabinete (electroencefalograma, potenciales auditivos, visuales y sensoriales). Por lo anterior, en este caso se establece que la atención médica proporcionada a la persona agraviada N por el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa violento el derecho a la salud en razón de que esta no fue integral ni de calidad y no le brindó un diagnóstico que permitiera la atención especializada que la paciente requería, lo cual expuso a la agraviada y a la persona agraviada N1 a un riesgo innecesario.

### **Caso N. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D7631**

El 23 de octubre de 2013 la persona agraviada N acudió al Hospital General Ticomán al presentar dolores de parto. No obstante, recibió indicaciones del personal médico del nosocomio de que regresara a su casa, pues aún no presentaba dilatación.<sup>276</sup>

El 24 de octubre de 2013, nuevamente acudió a urgencias del Hospital General Ticomán, donde nuevamente le indicaron que regresara a su domicilio pues seguía sin dilatación, por lo que pasó más de 24 horas con dolores.<sup>277</sup> Regresó a ese nosocomio una tercera ocasión en la que fue hospitalizada y posteriormente se decidió practicarle una cesárea al indicarle que la vida de su hijo corría peligro, pues el bebé estaba muy pequeñito y tenía el cordón enredado en el cuello.<sup>278</sup>

Del resumen clínico remitido por personal del Hospital General Ticomán<sup>279</sup> y la revisión del expediente clínico que realizó personal de esta Comisión<sup>280</sup> se observó que 52 horas posteriores a cesárea, presentó fiebre de 30.2 grados Centígrados. Por ello se le proporcionaron medicamentos, mismos que no detuvieron los síntomas presentados, por lo que el 27 de octubre de 2013, le realizan biometría hemática en la que se observó leucocitosis<sup>281</sup>. El 28 de octubre de 2013 le practican a la agraviada un ultrasonido renal; el 29 de octubre de 2013 le realizan una biometría hemática completa; el 30 le indican: urocultivo y ultrasonido pélvico en el que se aprecia "imagen sugerente de hematoma"<sup>282</sup>. El 31 de octubre de 2013, le realizan Histerectomía total abdominal [le quitan la matriz].

En la opinión médica realizada por los personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHDF, se indica que se observó un retraso en el diagnóstico, toda vez que la

<sup>275</sup> Ver Anexo, evidencia 86.

<sup>276</sup> Ver Anexo, evidencia 90.

<sup>277</sup> Ver Anexo, evidencia 90.

<sup>278</sup> Ver Anexo, evidencias 87 y 90.

<sup>279</sup> Ver Anexo, evidencia 87.

<sup>280</sup> Ver Anexo, evidencia 88.

<sup>281</sup> La leucocitosis es el aumento en el número de células de glóbulos blancos de la sangre (leucocitos).

<sup>282</sup> Ver Anexo, evidencia 88.

agraviada presentó fiebre desde el día 26 de octubre de 2013 y fue hasta el día 30 de octubre de ese mismo año, en que se le realizó la ultrasonografía y se determinó que la paciente podría presentar el hematoma en cavidad pélvica. También se observó una exploración física deficiente, ya que en las notas de evolución de los días del 24 al 30 de octubre de 2013, se mencionan "útero con adecuada involución"; el día 30 de octubre por la tarde se reporta subinvolucionado, con 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical, lo cual se considera anormal tomando en cuenta que tenía 6 días de que se llevó a cabo la cesárea, lo anterior, denota deficiencia en la exploración física que se realizó a la paciente, situación que se confirma en la nota médica de fecha 2 de noviembre de 2013 en la que se refiere útero bien involucrado por debajo de la cicatriz umbilical (dos días después de que éste le fuera extirpado).<sup>283</sup>

El reporte emitido por Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ticomán señaló que el útero presentó necrosis e inflamación crónica agudizada <sup>284</sup>

Por lo anterior, se puede concluir que se violentó el derecho al acceso a la salud de la agraviada, pues el tiempo transcurrido entre la presencia de fiebre y los estudios diagnósticos fueron excesivos y existió un retraso en el diagnóstico; por lo que no realizarlo y no intervenir oportunamente a la paciente fueron factores que contribuyeron en la extirpación del útero, violando así su derecho a la integridad en su modalidad de no exponer a la agraviada a situaciones de riesgo injustificado.

Con las acciones descritas este Organismo tiene por acreditado que en el presente caso se violó el derecho a la salud de la persona agraviada Ñ, en conexidad con su derecho a la integridad personal.

#### **Caso O. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D0431**

El 22 de enero de 2014, el peticionario y la persona agraviada O, acudieron al Hospital General Ticomán a las 20:55 horas, después de ser valorada en ese hospital, la dieron de alta con la indicación que sería revalorada<sup>285</sup>. Según consta en el expediente clínico de la persona agraviada O,<sup>286</sup> ese mismo día una hora más tarde es revalorada y personal del hospital le refiere al peticionario<sup>287</sup> que su esposa presentaba preeclampsia,<sup>288</sup> no obstante lo anterior, tuvo a su bebé por parto natural.

En el resumen clínico remitido por el Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal<sup>289</sup>, las notas del expediente clínico de la persona agraviada O<sup>290</sup> y la opinión médica realizada por personal médico de esta Comisión<sup>291</sup> se observó que:

---

<sup>283</sup> Ver Anexo, evidencia 88.

<sup>284</sup> Ver Anexo, evidencia 89.

<sup>285</sup> Ver Anexo, evidencias 92 y 95.

<sup>286</sup> Ver Anexo, evidencias 93 y 95.

<sup>287</sup> Ver Anexo, evidencia 92.

<sup>288</sup> La preeclampsia es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo.

<sup>289</sup> Ver Anexo, evidencia 93.

<sup>290</sup> Ver Anexo, evidencias 93 y 95.

<sup>291</sup> Ver Anexo, evidencia 95.



- La persona agraviada O fue referida del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, al Hospital General Ticomán, debido al “ausentismo no programado del personal Médico Adscrito de Ginecología.”<sup>292</sup>
- En el Hospital General Ticomán fue valorada, ingresada y se determinó que la persona agraviada O presentaba tensión arterial alta, riesgo de asfixia perinatal y muerte fetal, por lo que requería que se le practicara una cesárea.<sup>293</sup>
- Se dejó a la persona agraviada O en “libre evolución de trabajo de parto”<sup>294</sup> al no contar con papel para realizar registro tococardiográfico, ni material estéril.<sup>295</sup>

A las 00:16 horas del 23 de enero de 2014, nació la hija de la persona agraviada O, quien fue reportada con un Apgar 3-6-9<sup>296</sup>. Al día siguiente, el 23 de enero de 2014, a 07:57 horas, la agraviada fue diagnosticada con “eclampsia”<sup>297</sup> y trasladada a terapia intensiva.<sup>298</sup>

La recién nacida falleció a las 15:30 del 24 de enero de 2014, al presentar paro cardiorrespiratorio con los siguientes diagnósticos: Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio.<sup>299</sup>

La persona agraviada O, presentó mejoría y fue dada de alta del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc el día 27 de enero de 2014.<sup>300</sup>

En la opinión médica realizada por personal de la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHDF<sup>301</sup>, se aborda la gravedad y el riesgo de que en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc no se contará con personal médico adscrito al servicio de ginecología en el turno nocturno, pues al tratarse de un hospital cuya misión es atender mujeres embarazadas (partos y puerperios, así como complicaciones y emergencias obstétricas) y niños y niñas, resulta preocupante la carencia de recursos para brindar la atención médica integral y de calidad el servicio urgencias.

En relación a la atención ofrecida por el Hospital General Ticomán, si bien el médico tratante refirió la necesidad de realizar la cesárea, ésta no pudo llevarse a cabo por no haber material estéril, por lo que existió deficiencia de insumos hospitalarios para atender la emergencia.

Por ello, se concluye que en el presente caso existió una violación al derecho a la salud de la persona agraviada O, en conexidad con el derecho a la integridad personal, ya que no se le proporcionó atención oportuna generándole un riesgo para la vida, asimismo se identificó la vulneración al derecho a la vida de la hija de la persona agraviada O.

<sup>292</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>293</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>294</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>295</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>296</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>297</sup> La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo.

<sup>298</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>299</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>300</sup> Ver Anexo, evidencia 95.

<sup>301</sup> Ver Anexo, evidencia 93.

**Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D1108**

De la investigación que esta Comisión realizó, en este caso se pudo acreditar que el 22 de febrero de 2014, la persona agraviada P, presentó molestias relacionadas con su embarazo, por lo que acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán, personal de dicho hospital registró frecuencia cardíaca fetal normal, cérvix posterior blando, con 3 cm de dilatación y 40% de borramiento. Impresión diagnóstica: embarazo de 36 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente y confirmó cita abierta a urgencias.<sup>302</sup>

El día 23 de febrero de 2014 a las 13:10 horas acude nuevamente por dolor obstétrico, en esta ocasión reporta que no hay borramiento y sugiere reposo. Se indica hospitalización para administración de útero inhibidores y maduradores pulmonares. Durante esta atención reportan que la edad gestacional es de 34 semanas.<sup>303</sup>

Entre el 27 y 28 de febrero de 2014, continuaba con molestias, por tal motivo se presenta nuevamente en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde le indican que fuera a caminar, posteriormente regresa por la noche y le dicen que no la atenderán porque aún no estaba en tiempo.<sup>304</sup> En el expediente no se hace constar cuántos días estuvo hospitalizada ni el tratamiento proporcionado en ese periodo ni el día en que fue dada de alta.<sup>305</sup>

Es hasta el siete de 7 de marzo de 2014 a las 22:28 horas, que se asienta en el expediente clínico que la persona agraviada P, refirió disminución de los movimientos fetales desde las tres de la tarde y el personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán asienta en nota médica de urgencias que no se observa frecuencia cardíaca fetal,<sup>306</sup> llama la atención que dicha nota se encuentre corregida. Una hora más tarde, se obtiene producto óbito de 36 semanas de gestación,<sup>307</sup> que por sus características, se deduce que la muerte ocurrió entre 4 a 6 horas antes del nacimiento.

En este caso, llama la atención el hecho de que en las consultas realizadas entre el día 22 y 23 de febrero, se refieren datos distintos y edades gestacionales diferentes y otras contradicciones,<sup>308</sup> es en el Dictamen del Comité de Estudios de Mortalidad Materna y Perinatal que se refiere que la paciente fue hospitalizada y se le ofreció tratamiento con inhibidores y esquema de maduración pulmonar,<sup>309</sup> asimismo, personal médico reporta que el 7 de marzo de 2014 el pronóstico es reservado y que tampoco había laboratorio disponible en la unidad,<sup>310</sup> por lo que no se pueden realizar estudios.

De la revisión que el personal médico de este Organismo realizó al expediente clínico proporcionado por el Hospital Materno Infantil Inguarán, se observó éste está incompleto ya que no contiene las

---

<sup>302</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

<sup>303</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

<sup>304</sup> Ver Anexo, evidencia 97.

<sup>305</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

<sup>306</sup> Ver Anexo, evidencia 98.

<sup>307</sup> Ver Anexo, evidencia 99.

<sup>308</sup> Ver Anexo, evidencia 103.

<sup>309</sup> Ver Anexo, evidencia 101.

<sup>310</sup> Ver Anexo, evidencia 100.



notas médicas correspondientes e incumple lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.<sup>311</sup>

Por lo anterior se concluye que el personal que atendió a la persona agraviada P, violó su derecho a la salud, en razón de no haberle proporcionado una atención médica integral de calidad ni adecuada durante su asistencia al Hospital Materno Infantil Inguarán, trece días antes de haber dado a luz un bebé óbito. Si bien no es posible establecer el nexo causal entre la muerte del bebé y la atención recibida por no existir una necropsia, si es posible referir que de acuerdo a los datos del Comité de Estudios de Mortalidad Materna y Perinatal, el diagnóstico fue inadecuado e inoportuno, ello conlleva a determinar que se incumplió por parte de personal de la Sedesa con su obligación de garantizar una protección efectiva a la vida prenatal.

#### **Caso Q. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D5848**

La persona agraviada Q acudió el 12 de agosto de 2014 al área de urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc por tener dolor en el vientre. Se encontraba cursando con su primer embarazo, pero la atención que le brindó personal de salud fue solo la de una infección en vías urinarias.

Los días 14 y 15 de agosto de 2014, la persona agraviada Q continuó con molestias por lo que acudió nuevamente a ese hospital, donde se asentó en el expediente clínico que presentaba actividad uterina normal y frecuencia cardíaca fetal normal<sup>312</sup> pero personal médico le dijo que tenía 2 cm de dilatación; sin embargo, esa observación no se asentó en el expediente clínico y se le aplazó nuevamente la atención que requería por su embarazo, el cual debió de ser manejado de alto riesgo por tratarse de una persona adolescente.

Posteriormente, la persona agraviada Q acudió el 17 de agosto al Hospital referido, en donde la doctora que la revisó le dijo que aún no iniciaba labor de parto y le indicó que regresara a su domicilio; sin embargo, se comprobó que en dicha consulta, la frecuencia cardíaca del producto de la concepción era de 14;<sup>313</sup> la cual, es extremadamente baja por lo que se considera "bradicardia severa (menor a 100 latidos por minuto), (y) constituye una indicación de extracción rápida"<sup>314</sup> del producto de la concepción.

El 18 de agosto de 2014, a las 20:00 horas, la persona agraviada Q, ingresó al área de urgencias del citado nosocomio debido a que continuaba con el dolor abdominal y su vientre estaba duro, personal médico la valoró y revisaron a su bebé, pero no escucharon su corazón, por ello le realizaron un ultrasonido de emergencia, durante el cual se escuchó que los latidos del corazón de su bebé eran lentos y *se percataron cuando dejó de latir, los médicos estuvieron esperando durante 20 minutos con el aparato de ultrasonido para ver si el corazón de su hijo volvía a latir, sin hacerlo, confirmándole que había fallecido*; en ese momento los médicos la regañaron porque no había acudido al hospital para que fuera revisada, culpándola de la muerte de su bebé.

---

<sup>311</sup> Numeral 7.

<sup>313</sup> Ver anexo, evidencia 106.

<sup>314</sup> Ver anexo, evidencia 106.

De lo anteriormente descrito, se desprende una violación al derecho a la salud de la persona agraviada Q; en razón de que la calidad de la atención médica brindada no fue la adecuada, ya que ella requería de una atención especialidad por ser un embarazo de una persona adolescente que debía de manejarse como de alto riesgo, no obstante dicha circunstancia no fue valorada y en tres ocasiones se le aplazó la atención, provocando con ello que también se incumpliera con la obligación de garantizar una protección efectiva a la vida prenatal.

### Caso R. Expediente CDHDF/III/122/IZTP/14/D6353

En el presente caso, la persona agraviada R de 18 años de edad, refirió que desde el 18 de diciembre de 2012, acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac ya que presentaba dolores de parto de su primer embarazo (es de señalarse que es el Hospital más cercano a su domicilio y donde había llevado el control de su embarazo); sin embargo no fue atendida porque no había médicos y la derivaron al Hospital Materno Infantil Xochimilco en donde tampoco se tenía al personal que la atendiera.

A las 05:00 horas del 19 de diciembre de 2012, las personas peticionaria y agraviada R acudieron al Hospital General Iztapalapa, a fin de recibir atención. La persona agraviada R fue valorada en el área de Tococirugía de ese nosocomio a las 7:40 horas y después de elaborarse el partograma respectivo se diagnosticó que cursaba con 40.6 semanas de gestación y presentaba una frecuencia fetal de 142 latidos por minuto<sup>315</sup>, no obstante no se atendió esto último y se indicó el ingreso de la paciente a la sala de labor,<sup>316</sup> en la cual estuvo aproximadamente cinco horas sin que dicho trabajo fuera progresivo, por lo que se decidió la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea), cirugía que se inició a las 13:20 horas obteniéndose producto a las 13:46 horas,<sup>317</sup> con Apgar de 3-3-5, precisando el médico a cargo de la cirugía de cesárea de la madre que lo entregó al médico pediatra y que evolucionó satisfactoriamente hasta el término de su jornada a las 15:00 horas.<sup>318</sup>

Posterior a la cirugía de cesárea, la persona agraviada R ingresó al parecer estable a piso de Ginecología del Hospital, sin embargo a las 19:55 fue llevada de nuevo a sala de labor, informando de ello una médica residente a personal médico que laboraba en el área de un diagnóstico de "puerperio quirúrgico inmediato y hemorragia obstétrica",<sup>319</sup> siendo valorada no identificándose datos de choque hipovolémico, ordenándose la realización de estudios de laboratorio. Es de resaltar que la médica que atendió en este acto a la paciente informó a esta Comisión que no encontró la hoja de valoración del piso de Ginecología de la paciente al momento que la atendió y que al concluir su jornada laboral (a las 20:00 horas), indicó, entre otras acciones, vigilancia del sangrado por parte del personal del turno vespertino, entregándola estable al turno siguiente y sin sangrado activo.<sup>320</sup>

En el informe médico elaborado por personal de esta Comisión en torno al caso, se identifica que "a las 20:00 horas, de acuerdo al servicio de enfermería la paciente presentaba loquios hemáticos abundantes. Y que se da el aviso, sin embargo en el Hospital General Iztapalapa solo cuenta con médicos residentes de la especialidad en Ginecología y Obstetricia", en el caso fue el personal que

<sup>315</sup> Frecuencia cardíaca fetal anormal denominada Taquicardia fetal.

<sup>316</sup> Ver Anexo, evidencia 107.

<sup>317</sup> Ver Anexo, evidencias 108 y 109.

<sup>318</sup> Ver Anexo, evidencia 109.

<sup>319</sup> Ver Anexo, evidencia 110.

<sup>320</sup> Ver Anexo, evidencia 110.



se dio a la tarea de tratar de atender la situación que se presentaba, sin la asistencia y supervisión de médico responsable adscrito.

Por lo anterior, "A las 19:55 se solicitan hemoconcentrados, sin embargo no se cuenta con el recurso y se solicita a otras unidades hospitalarias. La paciente presenta datos francos de choque hipovolémico a las 21:16 horas aproximadamente sin embargo a esa hora ya no se cuenta con un médico adscrito a ginecología y obstetricia en el servicio. Se busca el traslado de la paciente realizando múltiples llamadas a diversos hospitales de la red y hospitales federales encontrando que los Hospitales: de especialidades Dr. Belisario Domínguez, Clínica Hospital Emiliano Zapata, Hospital General Balbuena, Hospital General de Tláhuac, ISSSTE Zaragoza, Hospital General Xoco, Hospital General Ticomán y Hospital General Dr. Enrique Cabrera, de inicio no aceptan a la paciente, ya sea porque no contaban con espacio físico o por que no contestaban el teléfono."<sup>321</sup>

"Es finalmente el Hospital Regional ISSSTE Gral. Ignacio Zaragoza quien le sugiere a la trabajadora social que contacte al Centro Regulador de Urgencias Médicas, y finalmente lo hace. No queda claro si fue por la intervención de dicho Centro que la paciente fue aceptada en el hospital General de Tláhuac."<sup>322</sup>

En este sentido se concluye que se expuso a la paciente a un riesgo innecesario, dejándola sin vigilancia, sin que se le haya informado de la falta de personal médico especializado a ello y/o a sus familiares, con lo cual no se garantizó el derecho a la salud de la persona agraviada R, al incumplirse con los elementos que lo integran (disponibilidad, calidad, accesibilidad y aceptabilidad).

Por otra parte, la persona recién nacida, (en adelante agraviada R1) permaneció hospitalizada durante 15 días con diagnóstico de: recién nacido de término, sufrimiento fetal crónico agudizado, asfixia in útero, aspiración de meconio, encefalopatía hipóxica isquémica. A pesar de dicho diagnóstico fue dada de alta sin ninguna indicación médica especial, por lo que durante meses fue llevada al Centro de Salud T-II del Pueblo de San José, Tláhuac en donde le daban atención médica de manera escueta, sin ahondar si tenía algún padecimiento y sin que los médicos escucharan sus inquietudes con relación a la salud.

En el Hospital Infantil de México, se determinó que la persona agraviada R1 tiene una discapacidad intelectual y en el desarrollo psicomotor. Con ello existió un retraso en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.<sup>323</sup> En este sentido personal médico de la CDHDF concluyó en la opinión médica relativa al caso, lo siguiente:

[...]

Se observa que cuando se otorga el alta del recién nacido, no se observa una referencia oportuna ni se le explica a la madre de las posibles secuelas y de la importancia del seguimiento pediátrico. Las secuelas de la encefalopatía hipóxica isquémica fueron detectadas por la madre y corroboradas en el Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez. Lo anterior implica que no existió apego a lo señalado en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica-Isquémica en el Recién Nacido.

<sup>321</sup> Ver Anexo, evidencia 111.

<sup>322</sup> Ver Anexo, evidencia 111.

<sup>323</sup> Ver Anexo, evidencia 111.

[...]

El daño documentado en el recién nacido es secuelas neurológicas en estudio secundarias a la encefalopatía hipóxico isquémica, la cual no puede ser atribuido a la mala práctica, sin embargo el seguimiento adecuado del paciente y el diagnóstico oportuno de dichas secuelas fue inadecuado debido a que no se especificó en la nota de alta a la paciente las complicaciones probables de la entidad que padeció, esto no se especificaron los problemas clínicos pendientes, y el pronóstico, incumpliendo lo estipulado en el numeral 8.9.6 y 8.9.10 de la nota de egreso como lo estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

[...]

También es de precisarse que, personal médico de este Organismo en la consulta que realizó del expediente clínico de la persona agraviada R advirtió que no se encuentran integrados al mismo estudios de laboratorio que se ordenaron realizar, solo se anotó el resultado de ellos, con lo cual personal de salud del Hospital General Iztapalapa incumplió también con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.<sup>324</sup>

### **Caso S. Expediente CDHUO/III/122/IZTP/14/D6747**

La persona agraviada S de 23 años edad, en el año 2014 cursaba su tercer embarazo teniendo su control en un Centro de Salud, de donde fue referida al Hospital al Hospital de Especialidades *Dr. Belisario Domínguez* para la atención de su parto. A ese nosocomio acudió a consulta prenatal los días 3 y 6 de octubre de 2014.

La persona agraviada S y su concubino informaron a personal de esta Comisión <sup>325</sup>que el día 17 de octubre de 2014, por la noche, presentó contracciones, por lo que al día siguiente, 18 de octubre de 2014, acudieron al Hospital de Especialidades *Dr. Belisario Domínguez*, a bordo del camión en el que él labora con el cual no le permitieron subir la rampa para dejar a su concubina en la puerta de ingreso a ese hospital, teniendo que caminar ella para llegar al acceso ya que personal de vigilancia de ese nosocomio les informó que no se contaba con camillas o sillas de rueda para las paciente en esas condiciones.

Al llegar a la sala de espera del área de Urgencias obstétricas, una persona que estaba en el lugar les informó que debían bajar a registrarse, lo cual realizó el concubino de la persona agraviada S para evitar que ésta caminara. Cuando llegó al área de registro observó que una persona de bata rosa platicaba con un policía y cuando advirtió que varias personas esperaban ser registradas (después de .aproximadamente 10 minutos) acudió a llevar a cabo dicha acción. De la documentación que se tiene en el expediente de queja, se acredita que a las 6:37 horas del día 18 de octubre de 2014, se llevó el registro de la persona agraviada S, su concubino informó a la persona que la registro que ella se sentía mal, estaba mareada, con dolores y que probablemente estaba ya por "dar a luz", situaciones que ésta no apuntó en la libreta y sólo le preguntó en donde se encontraba su pareja y nuevamente el número de semanas de gestación que tenía, por lo que le contestó que ella estaba arriba en la sala de espera y que tenía las semanas completas, que inclusive se había pasado por 1 o 2 días, que ya habían acudido a ese hospital previamente por la

<sup>324</sup> Ver Anexo, evidencia 111.

<sup>325</sup> Ver Anexo, evidencia 117.



disminución del líquido amniótico pero la funcionaria le indicó que había mucha gente esperando antes que él y que era todo y que subiera con su pareja hasta que los llamaran para valoración”.<sup>326</sup>

A las 7:10 horas de ese día, la persona agraviada S informó a su concubino que los dolores eran más constantes que acudiría al baño, preguntando él, al policía que se encontró en el área por alguien que atendiera a su concubina respondiendo éste que “no había nadie porque estaban en operación y al referirle que su pareja se sentía mal, dicho elemento sólo le contestó: “hasta que le hablen puede pasar”.<sup>327</sup>

La persona agraviada S acudió al baño, pero le dijo a su concubino que dejaría la puerta abierta y le gritaría por cualquier cosa, lo cual ocurrió instantes después ya que ella comentó que “[...] después de hacer “pipí” se estaba subiendo el pantalón cuando sintió que se le rompió “la fuente” y pensando en no hacer “un cochintero” se bajó el pantalón y se acercó a la taza de baño, momentos en los que sintió la cabeza de la bebé y le gritó a su pareja, pero en esos instantes la bebé “nació”. Aclaró que ella sintió que al momento de “nacer” la bebé, se cortó el cordón umbilical.”<sup>328</sup>

En este caso es importante, referir que personal médico de ese nosocomio no asentó en el expediente clínico la ruptura del cordón umbilical referido por la paciente, solamente personal de enfermería realizó esa observación.<sup>329</sup> Ello implica omisiones en el adecuado requisitado de información que debe de contener el expediente clínico y por ende incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana relacionada.

La persona agraviada S y su concubino coincidieron en manifestar que cuando se expulsó a la recién nacida en su auxilio acudieron personas que se encontraban en la sala de espera, mientras que el personal de salud de ese nosocomio llegó después de aproximadamente de 5 a 10 minutos.<sup>330</sup> En el expediente clínico se observa que en la NOTA DE ATENCIÓN AL NACIMIENTO<sup>331</sup> se elaboró a las 08:35 horas del día 18 de octubre de 2014, asentándose que la recién nacida “llora y respira al nacer”, sin que se hiciera constar que esa información les fue proporcionada quizás por la madre de ésta, ya que como se dijo en la expulsión no intervino personal de salud. Lo cual si se realizó el 19 de octubre de 2014 en la nota que se elaboró.<sup>332</sup>

Asimismo, de la consulta del expediente clínico se advierte que la Hoja del Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento, así como el de Prevención de caída a Pacientes Hospitalizados carecen de la firma del personal de salud que presuntamente le transmitió la información del diagnóstico y tratamiento que se realizaría para su atención a la persona agraviada S. Ambos documentos solo tienen el sello de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.<sup>333</sup>

<sup>326</sup> Ver Anexo, evidencia 117.

<sup>327</sup> Ver Anexo, evidencia 117.

<sup>328</sup> Ver Anexo, evidencia 117.

<sup>329</sup> Ver Anexo, evidencia 112.

<sup>330</sup> Ver Anexo, evidencia 117.

<sup>331</sup> Ver Anexo, evidencia 113.

<sup>332</sup> Ver Anexo, evidencia 116.

<sup>333</sup> Ver Anexo, evidencias 114 y 115.

De la opinión médica emitida por personal médico de la CDHDF,<sup>334</sup> se tiene que el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez [en adelante, el HEDBD] “es parte de los centros, que junto con el IMSS y el ISSSTE, forman parte de los hospitales resolutivos para la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo al Convenio General de Colaboración que celebra la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de Emergencias Obstétricas, suscrito en fecha 28 de mayo de 2009<sup>335</sup>, por lo anterior, el HEDBD debería contar con la infraestructura, los recursos y los requisitos de calidad para la atención de emergencias obstétricas, sin embargo cuando la persona agraviada S y su concubino solicitaron la atención que se requería, resultó que personal de seguridad del mencionado nosocomio informó que el personal médico se encontraba realizando una cirugía y que debían esperar a que los llamaran, dicha situación propicio que la paciente tuviera parto fortuito en uno de los baños de ese hospital.

El contexto en el cual se da el nacimiento de la persona agraviada S1, ocurre en un baño del referido nosocomio como un parto fortuito, evento en el cual no existió una atención médica para el binomio (madre-hija), lo que implicó que ésta se golpeará con la taza del baño al caer y generando un riesgo infeccioso que puso en riesgo su integridad personal, y después acudió personal de salud; sin embargo, ambas fueron dadas de alta el 19 de octubre de 2014, sin que se le diera a la madre y/o a su concubino la información sobre el pronóstico de los riesgos que representa un parto fortuito en las condiciones en que se presentó. Asimismo, a la persona agraviada S, no se le informó la posibilidad de que en lo futuro la persona recién nacida presente alguna afectación neurológica derivada del golpe que recibió por la caída.<sup>336</sup> En este sentido “La nota de egreso de la recién nacida, no especifica que la valoración neurológica sea una actividad clínica pendiente, por lo que no se cumple el numeral 8.9.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.”<sup>337</sup>

La persona agraviada S1 recibió atención pediátrica en noviembre de 2014 en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, a donde se le envió a estimulación temprana para favorecer su neuro desarrollo. Sin embargo, posteriormente se le refirió al Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de hipoxia/asfisia perinatal, sin especificarse la causa de esa referencia.<sup>338</sup>

Por lo anterior, la CDHDF en el presente caso tiene por acreditado que personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal omitió atender la obligación que tienen de dirigir todas sus acciones para garantizar una protección efectiva de las personas agraviadas (madre-hija) de sus derechos a la salud e integridad personal, vulnerando con ello estos derechos.

### **Caso T. Expediente CDHDF/III/122/VC/14/D6887**

En el presente caso, de la evidencia recabada durante la investigación realizada por la CDHDF se acredita que las personas agraviadas, una de ellas la víctima directa de 24 años de edad, acudieron el día 24 de octubre de 2014, al Hospital Materno Infantil “Inguarán” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para atención de su parto.

<sup>334</sup> Ver Anexo, evidencia 118.

<sup>335</sup> <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/ANEXO%201%20APROBADO%20EL%2021.01.13.pdf>

<sup>336</sup> Ver Anexo, evidencia 118.

<sup>337</sup> Ver Anexo, evidencia 118.

<sup>338</sup> Ver Anexo, evidencia 118.

En el referido nosocomio, personal médico le realizó a la persona agraviada T desprendimiento de membranas indicando su egreso, por lo que volvió a su domicilio, donde alrededor de las 15:00 horas inició con sangrado abundante, presentándose de nuevo en el referido hospital, a donde ingresó a las 17:40 horas, refiriendo en la entrevista clínica que presentaba dolor grado 8 en una escala de 10, considerado como dolor intenso.<sup>339</sup> Este hecho se evidencia con lo referido por la propia persona agraviada T, quien informó a la CDHDF que tenía mucho dolor y *efectivamente gritaba y se mecía en la camilla a raíz de ello, por lo que una doctora a través de intimidaciones le hizo firmar las cartas referidas para que asumiera la culpa o responsabilidad si algo le sucedía a ella o al bebé. Derivado del dolor que sentía, solicitó le realizaran una cesárea pero ésta no le fue practicada a pesar de haberlo solicitado.*<sup>340</sup> Hasta aproximadamente las 20:00 horas se presentó con ella una médica anestesióloga, presuntamente para aplicarle anestesia, diciéndole: que si hacía “berrinches” se marcharía. Al estarla examinando le dio una fuerte contracción que la hizo sujetar el brazo de la doctora, quien se molestó y le dijo “te lo advertí”, para después irse y no regresar,<sup>341</sup> dejándola sin haberle suministrado anestesia.

En la información que proporcionó a esta Comisión, personal del Hospital Materno Infantil Inguarán consta que no existe en el expediente clínico de la persona agraviada T nota médica en la que se indique si se le ofreció alguna alternativa para el control del dolor que presentó durante el trabajo de parto, pero se precisó que el día de los hechos se tenía el servicio de Anestesiología.<sup>342</sup> Asimismo, se comunicó que a este Organismo Público Autónomo que “En caso necesario se cuenta con el apoyo del servicio de psicología para lograr que la paciente asimile el proceso del trabajo de parto y el acompañamiento en caso necesario, durante el periodo expulsivo”,<sup>343</sup> lo cual tampoco se acredita que se le hubiere informado a la paciente ni proporcionado previa y durante el trabajo de parto para que el mismo fuera efectivo.

Personal médico de la CDHDF al emitir opinión del caso y consultar las constancias del expediente clínico de la persona agraviada T y que fueron remitidas a este Organismo, observó que personal de enfermería suministró Oxitocina (medicamento que ocasiona contracciones dolorosas) a la paciente, medicamento que no fue prescrito por personal médico, lo cual contraviene lo informado a este Organismo por personal del nosocomio en comento al comunicar que a la persona agraviada T se le proporcionó la atención médica y los medicamentos necesarios.<sup>344</sup>

Por el contrario, los hechos descritos y probados en los párrafos que anteceden permiten a este Organismo tener certeza de que la persona agraviada T fue víctima de actos de tortura por parte de personal de salud del Hospital Materno Infantil Inguarán dentro de un ámbito de salud pública, ya que no se le atendió cuando refirió presentar un sufrimiento grave debido al dolor por parto, hecho que era del conocimiento del personal de salud pues lo refirió desde la entrevista para la historia clínica, pero no se le ofreció un tratamiento para mitigar el dolor que refería tener, ni se adoptaron algunas otras medidas que hicieran proteger su integridad personal, además de que la intencionalidad está dada ya que en su condición de mujer embarazada no se le garantizó el disfrute

<sup>339</sup> Ver Anexo, evidencias 120 y 125.

<sup>340</sup> Ver Anexo, evidencia 138.

<sup>341</sup> Ver Anexo, evidencia 138.

<sup>342</sup> Ver Anexo, evidencia 121.

<sup>343</sup> Ver Anexo, evidencia 121.

<sup>344</sup> Ver Anexo, evidencia 119.

del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación, realizando acciones que le incrementaron la intensidad del dolor como lo fue la aplicación de la Oxitocina (medicamento que ocasiona contracciones dolorosas) sin prescripción médica.

Los hechos anteriores generaron en la persona agraviada T afectaciones como miedo, sensación de inseguridad y dolores corporales, depresión moderada, irritabilidad, aislamiento social y sentimientos de culpa. Asimismo “Los hechos ocurridos representan una pérdida importante en su salud y estilo de vida. Puede experimentar continuamente sentimientos de culpa, enojo, tristeza y desesperanza.”, sintomatología que está *directamente relacionadas con los hechos de queja. Situación que representó una situación traumática con afectación en su salud, en su integridad física y psicológica; en su bienestar cognitivo, conductual, somático y social, así como un cambio en su proyecto de vida y de los otros integrantes de la familia.*<sup>345</sup>

Es de precisarse que también en el expediente clínico existe anotación, en la que “El personal médico tratante invita a la paciente a escribir que ingirió té de manzanilla, cuando era obligación del mismo y no de la paciente, documentar ese hecho en el la historia clínica del expediente clínico, tal como lo señalan los numerales: **5.4.1.1** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, así como de los numerales **8.1 y 8.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico. No existe alguna razón médica que obligue a la paciente a realizar dicha acción.”<sup>346</sup>

Asimismo, personal del Hospital Materno Infantil Inguarán informó a esta Comisión que al atender de manera inicial a la persona agraviada T, se le comunicó que no había cuneros en ese nosocomio dado que el área respectiva se encontraba en remodelación, no obstante de la consulta realizada al expediente clínico, personal médico de este Organismo advirtió que el documento con el que se pretende acreditar ese hecho se suscribió a las 22:30 horas posterior a que la persona agraviada alumbró (21:25 horas).<sup>347</sup>

En el presente caso, también se tiene que personal del referido nosocomio informó a este Organismo, que la persona agraviada T para su atención se mostró poco cooperadora, pero reconoció que no se tienen protocolos que permitan establecer los procedimientos a seguir en esos casos.<sup>348</sup>

Asimismo, durante la investigación de la queja se acreditó que el personal de enfermería que intervino en la atención de la persona agraviada T tiene expedida la cédula para ejercer la profesión de Técnico en Enfermería,<sup>349</sup> que “De acuerdo a lo señalado en el numeral **6.2** de la Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud se refiere que las enfermeras a nivel técnico, están facultadas para realizar acciones de mediana complejidad (que son las que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido

---

<sup>345</sup> Ver Anexo, evidencia 142.

<sup>346</sup> Ver Anexo, evidencia 125.

<sup>347</sup> Ver Anexo, evidencias 121 y 125.

<sup>348</sup> Ver Anexo, evidencia 121.

<sup>349</sup> Ver Anexo, evidencia 123.



que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud.”<sup>350</sup>

Después del nacimiento, se le informó a la persona agraviada T que no se tenían cuneros disponibles en dicho nosocomio. A familiares de la persona agraviada T solo se les comunicó que la madre y su hijo (en adelante, persona agraviada T1) se reportaban graves, sin darles más información. Asimismo, a la persona peticionaria T le comentaron que no contaban con pediatra o médico especialista que valorara a sus familiares y les señalaron que si querían un mejor servicio, acudieran con un médico particular y solicitaran una ambulancia.

Por no tener cuneros en el citado nosocomio la persona agraviada T2 fue referida inadecuadamente al Hospital Pediátrico La Villa para atención de probable síndrome de dificultad respiratoria, probable síndrome de adaptación pulmonar y asfixia recuperada, ya que el Hospital receptor (Hospital Pediátrico La Villa), no supo el manejo que se le brindó al paciente en el Hospital Materno Infantil Inguarán, con lo anterior el Hospital Inguarán no cumplió con los numerales **6.2.6.3** y **6.2.6.6** de los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad De México y Área Conurbada del Estado de México.<sup>351</sup>

Con todas las acciones y omisiones descritas en el presente caso, este Organismo tiene probado que se vulneraron derechos a la salud y a la integridad personal de las personas agraviadas T y T1.

#### **Caso U. Expediente CDHDF/III/122/VC/15/D0409**

El 4 de diciembre de 2014, la persona agraviada U de 15 años de edad, acudió en compañía de su padre al Hospital Materno Infantil Inguarán, a fin de recibir atención médica en razón de su embarazo, ya que presentaba dolores en el vientre. Fue atendida a las 7:17 horas por un médico en el área de urgencias, quien tras revisarla, les indicó que los dolores se debían a que el producto se estaba acomodando, aplazando la atención que necesitaba y sin considerar que se trataba de un embarazo de alto riesgo al ser una adolescente la persona agraviada U.

La persona agraviada U, en los días siguientes, continuó con dolores, por lo que acudió a un doctor particular, quien mediante ultrasonido diagnosticó que ya casi no tenía líquido amniótico y que era urgente que la atendieran. Por ello, el 8 de diciembre de 2014, de nuevo padre e hija acudieron al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde ingresaron a la persona agraviada U a las 13:30 horas a la unidad de toco cirugía, con diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación + representación pelvica + oligohidramnios severo + pr. restricción en el crecimiento intrauterino. A las 16:20 horas se ingresó a quirófano para interrumpir el embarazo vía abdominal por máximo beneficio materno fetal, naciendo su hijo a las 16:52 horas concluyendo la cirugía a las 17:18 horas de ese día. Se registró que la paciente se encontraba termodinámicamente estable y pasaba a recuperación, donde se observó un ligero sangrado de herida quirúrgica, indicándose hielo y vendaje compresivo a las 19:30 horas. Por lo anterior, se determina el ingreso de la persona agraviada U a piso con signos vitales estable.<sup>352</sup>

<sup>350</sup> Ver Anexo, evidencia 125.

<sup>351</sup> Ver Anexo, evidencia 125.

<sup>352</sup> Ver Anexo, evidencia 147.

La información de que el binomio se encontraba bien le fue proporcionada por personal de salud a los padres de la persona agraviada U, quien les informó que tuvieron que realizar cesárea debido a que el niño venía sentado señalando que "había tenido una cesárea muy finita, muy bonita". También las personas agraviadas U1 y U2 preguntaron que si se podían quedar con ella, pero se les respondió que no, que mejor se retiraran y que se presentaran al día siguiente para la visita,<sup>353</sup> sin embargo por la mañana del 9 de diciembre de 2014, recibieron una comunicación telefónica mediante la que les requirieron con urgencia su presencia en ese nosocomio, indicándoles que su hija había tenido un movimiento brusco por lo que tuvo que ser intervenida de urgencia.

De la información proporcionada a la CDHDF se tiene que, el 9 de diciembre de 2014 a las 7:38 horas, se registró que la paciente presentaba palidez de tegumentos, herida quirúrgica con sangrado activo con TVA 80\50 y frecuencia cardiaca de 102 por minuto; a las 8:20 horas se le ingresó nuevamente a quirófano para realizarle laparatomía exploradora.<sup>354</sup>

De la consulta al expediente clínico de la persona agraviada U que realizó personal médico de esta Comisión,<sup>355</sup> se advirtió lo siguiente:

- i. No consta registro de que se le haya brindado a la persona agraviada U, atención médica el día 04 de diciembre de 2014.
- ii. A la paciente, posterior a la operación cesárea del día 08 de diciembre de 2014, se le trasladó a piso de Ginecología y Obstetricia, la nota de su ingreso a dicho piso fue elaborada por un médico interno de pregrado. El Internado de pregrado es el ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo. Por lo tanto un médico interno de pregrado no puede ser expuesto a actividades sin asesoría. Cuestión que en el presente caso, ocurrió. Lo anterior no está de acorde a lo señalado en los numerales 4.8, 5.13.1 y en el apéndice normativo A Requerimientos Mínimos Para Ser Considerado Como Campo Clínico de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.
- iii. *La nota de ingreso al área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia fue realizada a las 17:40 horas. En el expediente clínico certificado del Hospital Materno Infantil Inguarán se documenta que la paciente a esa hora se encontraba aún en el área de recuperación de la tococirugía. Lo anterior sugiere que, a su ingreso al área de hospitalización (a las 19:30 horas aproximadamente, del día 08 de diciembre de 2014), la paciente no fue valorada médicamente.*

<sup>353</sup> Ver Anexo, evidencias 146, 148 y 150.

<sup>354</sup> Ver Anexo, evidencia 147.

<sup>355</sup> Ver Anexo, evidencia 151.



- iv. La persona agraviada U presentó anomalías en su evolución clínica: agitación, desvanecimiento y palidez. No hay constancia de que se hayan realizado acciones médicas de valoración de la condición de salud que presentaba o que se haya integrado un diagnóstico preciso; en las notas de enfermería se advirtió que se le suministró una solución *Hartmann 500 mililitros* sin embargo se desconocen las indicaciones de la misma, lo anterior no está de acuerdo con lo señalado en los numerales 6.2.1 y 6.2.6, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en donde se refiere que la nota médica que se elabore, debe contener una evolución y actualización del cuadro clínico, así como el tratamiento e indicaciones médicas.
- v. Existió una omisión en el cuidado por parte de los médicos gineco obstetras, cuando el servicio de enfermería avisó a los médicos tratantes de que la paciente no se encontraba evolucionando de manera adecuada, sin embargo no existe constancia en el expediente que se haya realizado alguna acción de diagnóstico para averiguar el porqué de la sintomatología de la paciente. Es finalmente el turno matutino quien realiza el diagnóstico de choque hipovolémico grado III-IV en la paciente.
- vi. Dos horas después se intenta reanimar a la persona agraviada U, ya cuando es evidente que la complicación principal es una hemorragia postparto. Se reinterviene quirúrgicamente y se observó que presentó colección sanguínea en cavidad de 4000 mililitros (la cantidad de sangre total en un adulto es aproximadamente el 7% de su peso, entre 4.5-6 litros).
- vii. Al evolucionar el choque hipovolémico, se requiere transfusiones sanguíneas, las cuales generan cambios fisiopatológicos y son un factor de riesgo para presentar tromboembolia pulmonar, lo que, de acuerdo al Hospital General Tláhuac, fue lo que ocasionó la muerte de la paciente.
- viii. En términos generales, es posible señalar que el Hospital Materno Infantil Inguarán no contaba con personal médico idóneo (médico gineco obstetra) en el área de hospitalización y que los médicos gineco obstetras a quienes se les dio aviso de las anomalías clínicas que presentaba una paciente (la cual por su grupo etario, era susceptible a presentar complicaciones derivadas del evento obstétrico), no ofrecieron los medios de diagnóstico con los que se contara en la unidad hospitalaria en ese momento, lo que deriva en que el cuadro hemorrágico que presentó la paciente siguiera su historia natural, con la consiguiente acumulación de sangre en cavidad abdominal, retrasando la atención hasta que la paciente ha perdido 4 litros de sangre aproximadamente.
- ix. Se refiere que se transfunde a la paciente con 2 paquetes globulares durante la cirugía y que es referida al Hospital General Tláhuac. En esta acción se observó que la paciente no fue acompañada para su traslado de médico responsable.

- x. Discrepancia en el expediente clínico del momento en el cual ingresa la paciente a piso de Ginecología y obstetricia. Ya que, de acuerdo a enfermería, la paciente estuvo durante dos horas en el área de recuperación de la tococirugía: de las 17:30 horas hasta las 19:30 horas [...], sin embargo la nota de ingreso a piso de GO se refiere que el ingreso fue a las 17:30 horas [...]. También se observa una discrepancia respecto a la cuantificación del hemoperitoneo que presentó la paciente, en la hoja quirúrgica 09 de diciembre de 2014, firmada por el Médico Héctor Ignacio Sánchez Peña, se refiere que la cuantificación del hemoperitoneo fue de 2000 mililitros; sin embargo, en la hoja de Referencia y Contrarreferencia con la cual se refiere a la paciente al Hospital General Tláhuac, se menciona que la paciente presentó un hemoperitoneo de 4000 mililitros.
- xi. En el Hospital General de Tláhuac, recibieron a la paciente a las 11:15 horas del día 09 de diciembre de 2014. Ingresando a la Unidad de cuidados Intensivos Adultos. Se activa el código Mater. Dentro de su gravedad, evoluciona de manera estable hasta el día 10 de diciembre de 2014, en donde a las 11:15 horas presentó alteraciones en los signos vitales, sin respuesta al manejo inicial establecido. Cayendo en paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras básicas y avanzadas de reanimación, declarando la hora de la muerte a las 12:30 horas.
- xii. Se coloca como causa de la muerte: Tromboembolia pulmonar. Y como estados morbosos que produjeron la causa de la muerte: Post operada de laparotomía por hemorragia obstétrica y puerperio quirúrgico patológico.
- xiii. La persona agraviada U, no fue recibida en condiciones adecuadas en el Hospital General Tláhuac, ya que no se le había realizado una correcta intubación. Ello fue observado por el Subcomité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal del Hospital General Tláhuac, en su Primera Sesión Extraordinaria de Diciembre del 2014, tratándose de una muerte inevitable.<sup>356</sup>

Por otro lado, de la información que proporcionó a este Organismo, personal de enfermería del Hospital Materno Infantil de Inguarán se tiene que el área de piso (hospitalización) de ginecología y obstetricia (GO) no cuenta con médico adscrito al servicio. Que en caso de ocurrir una urgencia en el piso de GO, se busca físicamente a los médicos internos y/o residentes para que ellos sean los que busquen a los médicos gineco obstetras adscritos al servicio. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, en su numeral 4.8, 5.13.1 y en el Apéndice Normativo "A". Requisitos mínimos para ser considerados como campo clínico, y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, en sus numerales 10.3 y 10.5 , se refiere que tanto los médicos internos de pregrado y los médicos residentes de la especialidad, son médicos en proceso de formación y requieren la supervisión de un médico adscrito, esto es un médico especialista, por lo que en caso de presentarse alguna urgencia en

<sup>356</sup> Ver Anexo, evidencia 148.

hospitalización (como lo fue en el presente caso), los médicos residentes y/o internos no serían el personal idóneo para la resolución de dicha urgencia sin la supervisión adecuada. Asimismo hace falta un mecanismo que facilite la valoración de una urgencia en el área de piso de gineco obstetricia.<sup>357</sup>

Con motivo de las omisiones que en presente caso se identificaron de la atención que se brindó a la persona agraviada U en el Hospital Materno Infantil Inguarán personal médico de esta Comisión, llegó entre otras, a las siguientes conclusiones:

- a. El seguimiento posterior a la realización de la cirugía cesárea *fue inadecuado, dejándola casi 12 horas sin atención y sin revisión en el área de hospitalización, aun cuando se observó por parte de enfermería alteraciones sugestivas de choque hipovolémico y que se dio aviso a los médicos adscritos a Ginecología y Obstetricia, no se encuentra documentadas en el expediente clínico, las acciones diagnóstico terapéuticas tendientes a determinar el estado de salud que presentaba la paciente al momento de iniciar con alteraciones clínicas sugestivas de choque.*<sup>358</sup>
- b. Si bien es cierto que no se cuenta con la necropsia para determinar la causa de la muerte, es de importancia señalar que de acuerdo a la evolución clínica de la paciente, la evolución de su padecimiento era evitable, por lo que la omisión por parte de los médicos de Gineco obstetricia que no revisaron a la paciente en su momento y no documentaron las acciones médicas necesarias para llegar a un diagnóstico e instaurar un tratamiento oportuno, contribuyó en las complicaciones posteriores que presentó la paciente y su posterior deceso secundario a dichas complicaciones.

También es de observarse por este Organismo, que a la persona agraviada U, se le atendió en área que está destinada para personal adultas, sin que se considerara su condición de persona adolescente y lo que permite a esta Comisión concluir que en los hospitales de la red de salud pública del Distrito Federal no se cuenta con áreas especializadas para atención de embarazos de adolescentes ni de espacios para el internamiento de ellas.

Con los hechos descritos y las evidencias enunciadas, la CDHDF concluye que en este caso personal de la SEDESA violó los derechos al más alto nivel posible de salud y a la vida de la persona agraviada U, vulneración que se inició desde el 4 de diciembre de 2014 cuando se le aplazó la atención médica que requería y se continuo hasta el 9 de diciembre de ese mismo año con base en la cadena de hechos que se mencionaron y que trajeron como consecuencia su deceso.

#### **Caso V. Expediente CDHDF/III/121/VC/15/D1068**

En el presente caso, como ya se mencionó, la CDHDF tiene acreditado que el 25 de diciembre de 2014, aproximadamente a las 04:00 horas, la persona agraviada V, acudió al Hospital General Iztapalapa de la Secretaría de Salud debido a que presentaba dolores de parto. En su expediente

<sup>357</sup> Ver Anexo, evidencia

<sup>358</sup> Ver Anexo, evidencia 148.

clínico personal médico de este Organismo observó que se registró que ese día se le proporcionó atención a las 04:36 horas, diagnosticándole que presentaba “pródromos de trabajo de parto”. La persona agraviada V, indicó que el médico le informó que no se le podía atender en ese nosocomio dado que era día festivo y que no había personal médico. Sin que el médico en turno que la atendió hiciera uso del servicio de referencia y contra referencia que se tienen en el Sistema de Salud del Distrito Federal.<sup>359</sup> La versión de la persona agraviada V fue corroborada con la información que proporcionó su suegra, quien era su acompañante el día de los hechos.<sup>360</sup>

Posteriormente, tanto la persona agraviada V como su suegra acudieron al Hospital General Balbuena, en donde se le negó la atención que requería porque no había ginecólogo. Luego dado la orientación que le proporcionaron unos policías que se encontraban a las afueras de ese nosocomio se trasladó al Hospital Materno Infantil de Inguarán, donde a las 06:13 horas se le proporcionó atención médica; fue valorada clínicamente por un médico especialista en gineco-obstetricia, quien diagnosticó que presentaba un embarazo de 39 semanas de gestación, trabajo de parto en fase latente y pelvis útil para parto, por lo que fue ingresada al área de labor de dicho nosocomio durante 5 horas (de las 06:13 a las 11:15 horas), después se inició con el suministro de Oxitocina la conducción de trabajo de parto, pero al no haber evolución y registrarse frecuencias cardíacas fetales por debajo de la normalidad de 90 a 110 latidos por minuto (por debajo de la normalidad) condición que unida a otras como el antecedente de cesárea previa y falta de descenso del feto se determinó la suspensión de la conducción del trabajo de parto y la realización de una cesárea de urgencia, acto médico en el cual también se le realizó la salpingoclasia, sin su consentimiento.

Previo a la realización de la cirugía la persona agraviada V, fue anestesiada. Ella misma refirió que durante dicho procedimiento empezó a sentir calambres en la pierna derecha, un médico le dijo “se pasan los dolores, pero mi pierna derecha yo sentí más feo, pero ya no dije nada porque no sé si se pasó de anestesia o algo porque yo ya no puede hablar, como que se me durmió”, sintió “ganas de dormir y no se acuerda de cuándo nació el niño, ni de si lloro o no, esto ocurrió alrededor de las cuatro de la tarde.”

Ya en la sala de recuperación, la persona agraviada V le comentó a una enfermera que le dolía mucho el pie derecho y que no lo podía mover, a lo que ella responde “eso es por lo de la anestesia, muévelos, si tratas de moverlos, se te va a pasar”, sin dar aviso de ese hecho a personal médico. Dicho dolor continuo acompañado de dificultad para la deambulacion, hasta el momento no se tiene un diagnóstico de qué le genera esa sintomatología.

Personal médico de esta Comisión de la consulta que realizó al expediente clínico de la persona agraviada V, advirtió que no existen *hojas de consentimiento informado para cada uno de los procedimientos realizados en la paciente; mismas que describieran cada uno de los riesgos y beneficios que Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, numeral 4.7.1. Dichos procedimientos conllevan, como lo establece la NOM-168-SSA1-199829; entre dichos procedimientos figuran: el ingreso hospitalario para vigilancia de trabajo de parto en una paciente con cesárea previa, conducción de trabajo de parto en una paciente con*

<sup>359</sup> Ver Anexo, evidencia 153.

<sup>360</sup> Ver Anexo, evidencias 151 y 152.



*cesárea previa, operación cesárea, procedimiento analgésico bloqueo peridural lumbar y la Oclusión Tubaria Bilateral como método definitivo de planificación familiar.*<sup>361</sup>

En el expediente clínico de la persona agraviada V, personal médico de la CDHDF, solo encontró una hoja de consentimiento informado de carácter general sin especificar un motivo particular en la que se observa lo siguiente: "autorizo a los médicos de este hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud"; dicha hoja no cumple con los requisitos que la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, numeral 10.1.1. y subnumerales sobre consentimiento informado, en cuanto al tipo de procedimientos y los riesgos inherentes al tratamiento.<sup>362</sup>

Por lo anterior, personal médico de la CDHDF respecto de la atención que se brindó a la persona agraviada V en el Hospital Materno Infantil Inguarán, advirtió lo siguiente:

[...]

TERCERA.- [...] deficiencia en el manejo de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1; Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología, numeral 4.12, ambas sobre consentimiento informado; ya que en el expediente clínico no se hallaron las hojas correspondientes del consentimiento informado para cada procedimiento médico (ingreso hospitalario para vigilancia del trabajo de parto después de una cesárea, conducción del trabajo de parto después de una cesárea, operación cesárea y bloqueo epidural) conforme a lo que establecen dichas normas.

CUARTA.- Se hallaron múltiples documentales médicas a nombre de la C. [...] [Nombre de la persona agraviada V], suscritas por personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán, donde se registró el procedimiento quirúrgico denominado Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), o también conocida como salpingoclasia. Por lo que en alto grado de certeza se puede afirmar que el procedimiento fue realizado el día 25 de diciembre del 2014.

QUINTA.- Se observó deficiencia en el manejo de la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1 sobre consentimiento informado y la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar numeral 5.4.2.7, sobre consentimiento informado específico para Oclusión Tubaria Bilateral. En virtud de que no se hallaron las hojas correspondientes del Consentimiento informado específicamente sobre el procedimiento denominado Oclusión Tubaria Bilateral.

OCTAVA.- Estadísticamente se ha demostrado que si existe la probabilidad (2 casos en 5600 pacientes obstétricas) de presentar neuropatía periférica tras la aplicación de anestesia regional, por lo que se puede definir como un riesgo esperado en este tipo de procedimiento.

Adicional a lo anterior, en este caso se identificó que el 18 de enero de 2015, la persona agraviada V acudió a urgencias del Hospital General Iztapalapa, para atención del dolor y deambulación que presenta en la pierna derecha pero no se le brincó, ya que le argumentaron que debían revisarla en el Hospital Inguarán. Al acudir a este último nosocomio le dieron un pase con un neurólogo al Hospital General Balbuena, a donde acudió pero le informaron que ahí no tenían neurólogo, por lo

<sup>361</sup> Ver Anexo, evidencia 156.

<sup>362</sup> Ver Anexo, evidencia 156.

que debía acudir al Hospital *Dr. Belisario Domínguez* con los resultados de una tomografía lumbar que le realizarían en el Hospital General La Villa. El 28 de enero de 2015, acudió al Hospital General La Villa para que le realizaran la tomografía lumbar, sin embargo, no lo hicieron argumentando que los estudios eran exclusivos y no podían hacerse en ese nosocomio.

El 29 de enero de 2015, la persona agraviada V se presentó en el Hospital Materno Infantil de Inguarán e informó de la negativa de los servicios médicos del Distrito Federal para realizarle los estudios que requería. Le respondieron que nuevamente debía acudir para solicitar una electromiografía, fijando como fecha el 4 de febrero de 2015 y la tomografía lumbar se realizaría en el Hospital Xoco.

El 4 de febrero de 2015, al presentarse la agraviada en el Hospital Materno Infantil Inguarán, la ambulancia que la trasladaría se retrasó y llegó tarde a Xoco por lo que no fue posible que la atendieran. Al llegar al Hospital General La Villa para que se le hiciera la electromiografía, le informaron que debía pagar \$800.00 pesos, lo cual cantidad que no pagó debido a que no cuenta con los recursos, por tal motivo, no le realizaron el estudio. Actualmente la agraviada padece un insoportable dolor en la pierna que le impide caminar correctamente y no ha recibido atención médica adecuada.

Por lo anterior, esta Comisión en el presente caso determina que se vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada V en relación con su derecho a la integridad, al habersele realizado sin su consentimiento un procedimiento quirúrgico sin su consentimiento que le afecta el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

#### **VI.5. Derechos de las niñas, niños y adolescentes, en particular de las adolescentes embarazadas.**

Como se precisó en el Marco jurídico aplicable, el Estado tiene la obligación de garantizar en todo momento el interés superior de la niñez, así como los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Este deber se potencializa cuando se trata de niñas y adolescentes embarazadas, quienes tienen derecho a medidas especiales de protección. Las niñas y adolescentes embarazadas requieren un cuidado y atención especial para la efectiva "realización de los derechos de la niñez y la adolescencia, incluyendo el derecho de las niñas y adolescentes a vivir su infancia y su adolescencia de manera plena",<sup>363</sup> así como sus derechos a la vida, al desarrollo y a la salud.

Las niñas y adolescentes embarazadas se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad, ya que no siempre "pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y a un nivel de vida adecuado", entre otros.<sup>364</sup> Además, los riesgos asociados al embarazo de niñas y adolescentes son mayores, tanto para la madre como para el producto de la concepción, ya que éstos se incrementan

---

<sup>363</sup> UNICEF, *PLAN y UNICEF: El embarazo adolescente está ligado a la falta de oportunidades y la violencia sexual*. Panamá, 2015.

<sup>364</sup> UNICEF, *PLAN y UNICEF: El embarazo adolescente está ligado a la falta de oportunidades y la violencia sexual*. Panamá, 2015.

cuando el embarazo ocurre en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, cuando todavía no se alcanza la madurez física y mental.<sup>365</sup>

Esto se debe a que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía [primera menstruación de la mujer]. Recién después de los 5 años de edad ginecológica, la adolescente alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarquía adquieren especial prioridad en el ámbito de la salud debido a los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan. En la primera mitad del embarazo de las mujeres adolescentes, destacan como problemas más comunes: el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática [presencia de bacterias en la orina que originalmente no causa síntomas, pero puede originar las infecciones urinarias]. En la segunda mitad del embarazo son comunes los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.<sup>366</sup>

Existen también diversas afecciones propias del embarazo que se presentan con mayor frecuencia en los casos de mujeres adolescentes, tales como: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (CIUR), y el desprendimiento prematuro de la placenta. A su vez, es común la falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel de la madre y del producto de la concepción.<sup>367</sup>

Asimismo, en el período del parto, los problemas más frecuentes que se pueden presentar en los embarazos de adolescentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del producto de la concepción, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del producto. Estas dificultades provocan aumento de los partos operatorios (mediante fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros, así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica mayor peligro de parto traumático para el producto de la concepción.<sup>368</sup>

Es importante señalar que los embarazos de mujeres adolescentes también conllevan mayores riesgos para los productos de la concepción y para las personas recién nacidas. Entre los riesgos más comunes asociados al producto, destacan el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por persona recién nacida con bajo peso para la edad gestacional.<sup>369</sup> Las personas recién

---

<sup>365</sup>Belitzky R. et al. *Resultados Perinatales en Madres Jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas. La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas*. Washington, 1985. En Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Adolescentes Embarazadas. Características y Riesgos.

<sup>366</sup>ibidem.

<sup>367</sup>Wallenburgh HC: *Prevention of Hypertensive Disease of Pregnancy Clinical Experience Hypertensive*. En Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Adolescentes Embarazadas. Características y Riesgos.

<sup>368</sup>Castro Santoro R. *Adolescente Embarazada: Aspectos Orgánicas, Aspectos Orgánicos. Embarazos en Adolescentes. Diagnóstico*. Santiago de Chile. UNICEF. 1992.

<sup>369</sup>ibidem.

nacidas enfrentan mayores riesgos de enfermedad, muerte, abandono, accidentes y maltrato, ya que numerosos estudios reportan que en la mayoría de los casos, las madres adolescentes tienen menores competencias parentales, incluyendo mayor dificultad para interpretar las necesidades de sus bebés (como sus comportamientos de exploración o su deseo de recibir atención y cuidados). Esto resulta en la posibilidad de interacciones con menor sensibilidad y afecto, un ambiente menos sano y estimulante para el/la bebé, y en niveles inadecuados de nutrición, de cuidados de salud y de estimulación cognitiva y social. Estas situaciones se traducen en resultados desventajosos, incluyendo problemas en el desarrollo físico, cognitivo y socio-emocional. Cuando no son atendidos, estos problemas se perpetúan en desventajas durante toda la vida. Así, los hijos(as) de madres adolescentes pueden presentar con mayor frecuencia problemas académicos, mayor riesgo de repetir el año escolar y de no completar la educación básica media.<sup>370</sup>

Por los riesgos que implican los embarazos en adolescentes y por la especial atención que se debe brindar a la niñez, los Estados están obligados a tomar todas las medidas legislativas, administrativas y de cualquier índole, que sean necesarias para garantizar los derechos de las niñas y adolescentes, y prevenir acciones y situaciones de discriminación, particularmente cuando se encuentran embarazadas.<sup>371</sup>

El derecho de los niños, niñas y adolescentes al más alto nivel de salud se encuentra consagrado en el artículo 24 de la CDN; y el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo en el artículo 6 de la misma Convención. Estos artículos deben interpretarse de manera integral con el artículo 12 de la CEDAW el cual establece la obligación de los Estados de garantizar a todas las mujeres, incluidas las niñas y adolescentes, los *servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y [que] le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

Ahora bien, como ya se dijo, según el artículo 24 de la CDN:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud [...]. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
  - 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;
  - [...]
  - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. (subrayado fuera de texto)

<sup>370</sup> *Ibidem.*

<sup>371</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 15 (2013), 17 de abril de 2013, párrafo 56.

Con base en lo anterior, el cuidado y la garantía de los derechos de una adolescente embarazada por parte del Estado, deben regirse, entre otras normas, por lo señalado en este artículo “asegurando la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.

El Comité de los Derechos del Niño al interpretar esta disposición determinó que las niñas y adolescentes que estén embarazadas “deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares”.<sup>372</sup> Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó a México dar prioridad a la atención de embarazos de adolescentes, garantizando el acceso universal a los servicios de atención de salud, a los servicios de salud prenatal, postnatal y obstétricos de calidad.<sup>373</sup>

En consecuencia, las niñas y adolescentes embarazadas tienen el derecho a recibir una atención médica especial y prioritaria para hacer efectivos sus derechos a la vida y a la salud, ya que la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad constituyen graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, y amenazan gravemente su propio derecho a la salud y el de sus hijos e hijas.<sup>374</sup> Asimismo, tienen derecho a ser informadas sobre el tratamiento médico al que serán sujetas y a prestar su consentimiento con conocimiento de causa.<sup>375</sup> Sobre este punto, el Comité de los Derechos del Niño precisa que cuando se trata de adolescentes suficientemente maduros o maduras, se debe obtener el consentimiento fundamentado de la o el adolescente, ya que éste constituye el interés superior de la niñez.<sup>376</sup>

Por todo lo anterior, para garantizar y hacer efectivos los derechos de las niñas y adolescentes embarazadas, así como para dar prioridad al interés superior de la niñez, los Estados tienen la obligación de:

Crear un entorno seguro y propicio para [las] adolescentes; Garantizar que (...) puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios (...) adaptados a los problemas de los adolescentes; Elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar (...) a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; Elaborar políticas que permitan continuar su educación; Proporcionar capacitación al personal de salud sobre los derechos de [las] adolescentes (...) a ser informadas sobre el tratamiento previsto; Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes” (...) para no poner en peligro la capacidad de las niñas y adolescentes de cuidar a sus hijos.<sup>377</sup>

En consecuencia, para que las niñas y adolescentes puedan ejercer el derecho a la salud, en atención especial a su calidad de madres y al interés superior de la niñez, es necesario que el Estado cumpla con las obligaciones anteriores, teniendo en cuenta además, las características del

<sup>372</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 4 (2003), 21 de julio de 2003, párrafo 31.

<sup>373</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México (2012), 7 de agosto de 2012, párrafos 30 y 31.

<sup>374</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 15 (2013), 17 de abril de 2013, párrafo 51.

<sup>375</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 15 (2013), 17 de abril de 2013, párrafo 32 y 33.

<sup>376</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 15 (2013), 17 de abril de 2013, párrafo 32.

<sup>377</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 4 (2003), 21 de julio de 2003, párrafos 31, 33 y 39.

derecho al nivel más alto posible de salud señaladas por el Comité de los Derechos del Niño, que concuerdan con aquellas señaladas por la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

- a) *Disponibilidad*. La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de [las] adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva [...]
- b) *Accesibilidad*. Deben conocerse las instalaciones, bienes y servicios de salud y ser de fácil acceso (económica, física y socialmente) a todos [las] adolescentes sin distinción alguna [...]
- c) *Aceptabilidad*. Además de respetar plenamente las disposiciones y principios de la Convención, todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben respetar los valores culturales, las diferencias entre los géneros, la ética médica y ser aceptables tanto para [las] adolescentes como para las comunidades en que viven.
- d) *Calidad*. Los servicios y los bienes de salud deben ser científica y médicamente adecuados para lo cual es necesario personal capacitado para cuidar de [las] adolescentes, instalaciones adecuadas y métodos científicamente aceptados.<sup>378</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, en cumplimiento de la obligación del interés superior de niñas, niños y adolescentes, así como en atención al especial cuidado que requieren las niñas y adolescentes embarazadas, el Estado debe tomar todas las medidas que sean necesarias para garantizar y proteger los derechos humanos de las personas menores de edad, en particular los derechos a la vida y a la salud.

Como parte de dichas medidas, es necesario hacer énfasis en los programas de prevención para disminuir el embarazo en adolescentes y los índices de mortalidad materna en adolescentes, ya que como consecuencia de los riesgos de los embarazos en adolescentes, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo<sup>379</sup>. No obstante lo anterior, en México, el número de embarazos adolescentes incrementó de 30 a 37 por cada mil mujeres entre 2005 y 2011<sup>380</sup>. México es el primer lugar de embarazo adolescente dentro de los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), ya que el 31.2% de las adolescentes de 15-19 años ha iniciado su vida sexual y más de la mitad (56%) de ellas han estado embarazadas<sup>381</sup>. Ante las elevadas cifras de embarazo adolescente y muerte materna de adolescentes en México, es necesario que el Estado desarrolle estrategias efectivas de prevención y recursos específicos para su implementación, como lo señaló el Comité de Derechos del Niño en la presentación del Cuarto y Quinto informe del Estado Mexicano respecto al cumplimiento de la CDN, en Ginebra, Suiza, el pasado 19 y 20 de mayo de 2015.

A continuación se analizan los casos L, Q y U que involucran a mujeres adolescentes embarazadas, respecto de las cuales se comprobó la violación de los derechos a la salud, a la vida y a los derechos sexuales y reproductivos, tal y como se describe a continuación:

<sup>378</sup> Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 4 (2003), 21 de julio de 2003, párrafo 41.

<sup>379</sup> Organización Mundial de la Salud, Nota Descriptiva número 364, Septiembre de 2014

<sup>380</sup> Filipa de Castro y Betania Allen-Leigh. Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud. Blog Primeros Pasos. 11 de agosto de 2014. Ubicado en la página de internet: <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional16/3361-embarazo-adolescente-mexico.html> Última consulta realizada el 21 de mayo de 2015.

<sup>381</sup> Ídem.

**Caso L. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D4569**

El 5 de julio de 2013, la persona agraviada L, de 17 años, acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtepac de la Secretaría de Salud de Distrito Federal, ya que presentaba dolores de parto. Esta Comisión pudo constatar que antes y durante el parto, la persona agraviada L fue atendida por médicos anestesiólogos, médicos generales y residentes, ya que el hospital no contaba con médico especialista en ginecología adscrito en ese momento.<sup>382</sup> El médico ginecólogo se presentó una hora después de iniciado el parto, a pesar de que la persona agraviada L ya se reportaba grave por choque hipovolémico y hemorragia obstétrica.

Lo anterior muestra que la persona agraviada L, recibió una inadecuada atención médica ya que no fue atendida por personal médico especializado y se delegó el cuidado de la paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación, con lo cual se incumplen los siguientes artículos: 77 BIS 1 de la Ley General de Salud, artículo 6º de la Ley de Salud para el Distrito Federal y el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación.<sup>383</sup> Los médicos generales y los residentes, así como otros especialistas que no sean ginecólogos, no pueden brindar la atención idónea y ponen en riesgo la salud de la paciente. Incluso los residentes deben estar supervisados por médicos especialistas para que el tratamiento brindado sea el más adecuado, de acuerdo con el numeral 11.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, ya que los residentes no cuentan con la posibilidad de ofrecer la terapéutica que puede ofrecer un médico especialista<sup>384</sup>. Al tratarse del embarazo de una adolescente, el cual presenta más riesgos, sólo un médico especialista en gineco-obstetricia podía brindar la atención especial y el cuidado que requería la persona agraviada L, y así asistirle oportunamente en el control de la hemorragia. Por lo anterior, se incumple el derecho de la paciente a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, tal como lo señala el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica de Servicios de Atención Médica.<sup>385</sup>

Además, la persona agraviada L requería transfusión de sangre desde las 7:45 horas,<sup>386</sup> incluso estaba clínica y laboratorialmente indicado, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.<sup>387</sup> No obstante la gravedad de su estado de salud, no se le brindó la atención requerida en dicho nosocomio, ya que éste no cuenta con un banco de sangre ni con un área de terapia intensiva, y fue trasladada al Hospital General La Villa hasta las 10:00 horas.<sup>388</sup> Lo anterior, refleja el retraso en el tratamiento médico brindado a la persona agraviada L, derivado de la falta de disponibilidad de los servicios de salud necesarios en el citado nosocomio, así como de la inadecuada e inoportuna gestión del caso por parte del personal médico.

Por otro lado, no existe constancia documental en la cual se acredite que se haya informado a la paciente o a sus familiares sobre la falta de médico gineco-obstetra ni sobre las posibles

<sup>382</sup> Ver anexo, evidencias 90 y 91

<sup>383</sup> Ver anexo, evidencia 92.

<sup>384</sup> Ver anexo, evidencia 92

<sup>385</sup> Ver anexo, evidencia 92.

<sup>386</sup> Ver anexo, evidencia 88

<sup>387</sup> Ver anexo, evidencia 92.

<sup>388</sup> Ver anexo, evidencia 90.

repercusiones en su manejo médico. En consecuencia, se incumple con lo señalado en los puntos 1 y 5 de la Carta de Derechos de los Pacientes, así como en la fracción V del artículo 77 bis 37 de La Ley General de Salud.<sup>389</sup>

Por todo lo anterior, la atención médica recibida por la persona agraviada L fue inadecuada e inoportuna, incumpliendo el deber superior de cuidado que debió observarse por tratarse de una adolescente embarazada, poniendo en riesgo su salud y su vida. Con las acciones y omisiones descritas, la CDHDF tiene por acreditado que en el presente caso se vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada L en conexidad con su derecho a la vida.

#### **Caso Q. Expediente CDHDF/III/122/GAM/14/D5848**

El 12 de agosto de 2014, la persona agraviada Q de 17 años de edad, acudió al área de urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtépec, debido a que tenía 40 semanas de gestación y un fuerte dolor abdominal. La CDHDF constató que la persona agraviada Q fue atendida por un médico, quien le indicó que los dolores se debían a una infección en las vías urinarias y le prescribió sólo medicamentos para ello.

Asimismo, la persona agraviada Q acudió nuevamente el 17 de agosto al Hospital referido, debido a los dolores que presentaba. La doctora que la revisó le dijo que aún no iniciaba labor de parto y le indicó que regresara a su domicilio; sin embargo, se comprobó que en dicha consulta, la frecuencia cardiaca del producto de la concepción era de 14 latidos por minuto.<sup>390</sup> Esta extremadamente baja frecuencia se considera "bradicardia severa" (menor a 100 latidos por minuto), (y) constituye una indicación de extracción rápida<sup>391</sup> del mismo. Lo anterior comprueba que la atención médica que recibió la persona agraviada Q fue inadecuada y hasta peligrosa para el producto de la concepción, ya que no se dio seguimiento a la bradicardia severa, lo cual refleja el incumplimiento del deber superior de cuidado que debía observarse en un embarazo de una mujer adolescente, poniendo nuevamente en riesgo el bienestar y la salud del binomio madre-producto de la concepción. Asimismo, se constató que la doctora no asentó en el expediente clínico el motivo por el que la persona agraviada Q acudió<sup>392</sup>, lo cual contraviene la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en su numeral 7.1.3.

Finalmente, el 18 de agosto, a las 20:00 horas, la persona agraviada Q ingresó al área de urgencias del citado nosocomio, por parto vaginal se obtuvo producto óbito.<sup>393</sup> El personal del hospital le suministró un medicamento para que el producto se hiciera más pequeño, comenzara el trabajo de parto y el producto saliera de forma natural; sin embargo, dicho personal le dio a firmar a la mamá de la persona agraviada Q una hoja en la cual se indicaba que se le realizaría una cesárea.<sup>394</sup> Asimismo, el 20 de agosto, los médicos le sacaron unas gasas a la persona agraviada Q que le habían dejado dentro de su vagina. El 22 de agosto, cuando fue dada de alta, el personal médico solicitó a la madre de agraviada Q que firmara la hoja de alta con la leyenda "recibo a mi hija en

<sup>389</sup> Ver anexo, evidencia 92.

<sup>390</sup> Ver anexo, evidencias 123 y 124

<sup>391</sup> Ver anexo, evidencia 124

<sup>392</sup> Ver anexo, evidencia 124.

<sup>393</sup> Ver anexo, evidencia 123 y 124.

<sup>394</sup> Ver anexo, evidencia 122.



buen estado". Al firmarla, le dijeron que su hija se encontraba delicada.<sup>395</sup> Cabe mencionar que durante su estancia en dicho nosocomio, la persona agraviada Q fue valorada por médicos practicantes, quienes no le suministraron los medicamentos a las horas indicadas.<sup>396</sup>

De lo anteriormente descrito, se desprende que la calidad de la atención médica brindada a la persona agraviada Q no fue la adecuada, sobre todo respecto del interés superior de la niñez, ya que no recibió una atención prenatal idónea y aceptable; incluso el producto de la concepción falleció. Además, durante la atención postnatal no se le informó a ella y a su familia sobre su estado y los procedimientos a realizar, incumpliendo con su derecho a ser informados del tratamiento y con el deber de recabar su consentimiento para garantizar que prevaleciera el interés superior de la niñez. Asimismo, se retrasó su tratamiento por la inoportuna atención médica brindada por practicantes no especializados que debieron estar supervisados.

Los actos del personal de salud narrados y acreditados en los párrafos que preceden, permiten concluir a este Organismo público autónomo que en el presente caso, adicional a los otros derechos mencionados en los apartados que anteceden se vulneraron los derechos de la niñez de la persona agraviada Q, entre ellos, el no haberle garantizado los más altos servicios de salud adecuados a sus necesidades en su condición de adolescente ni en forma efectiva la protección de la vida prenatal.

#### **Caso U. Expediente CDHDF/III/122/VC/15/D0409**

El presente caso, como ya se indicó está relacionado con una mujer adolescente de 15 años de edad, quien falleció posterior al parto. Como ya se describió este Organismo tiene por acreditado que la persona agraviada U, fue atendida de su parto en el Hospital Materno Infantil Inguarán el día 8 de diciembre de 2014, día en que desde las 13:13 horas fue valorada por personal médico de ese nosocomio.<sup>397</sup>

Por cesárea, a las 16:52 horas, nació sano el hijo de la persona agraviada U. Ella fue ingresada al área de recuperación, presentando ligero sangrado de la herida quirúrgica y fue enviada a las 19:30 horas a hospitalización en el área de Ginecología y Obstetricia, haciéndose cargo de ella un médico interno de pregrado. Durante la noche, la persona agraviada presentó desvanecimiento y a las 5:25 horas del 9 de diciembre se dio aviso a un médico, quien solo dio indicación verbal sin acudir a verla; pero la paciente no mejoró dándose aviso a otro médico, quien acudió a revisarla y refirió que se encontraba bien. Sin embargo el 9 de diciembre de 2014, a las 07:38 horas, se le diagnosticó choque hipovolémico grado III y herida quirúrgica con sangrado activo. A las 08:05 horas, el referido choque fue clasificado grado IV, continuando el sangrado activo, ingresándola a quirófano para cirugía de ligadura de arterias. Sin embargo, a las 11:00 horas se solicitó su traslado urgente a un hospital de Tercer Nivel realizando transfusión sanguínea.

Ese mismo día, 9 de diciembre de 2014, la persona agraviada U fue trasladada al Hospital de Tláhuac, donde ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos a las 15:30 horas. Su diagnóstico fue "grave con pronóstico reservado para la función y la vida". La persona agraviada U

<sup>395</sup> Ver anexo, evidencia 122.

<sup>396</sup> Ver anexo, evidencia 122.

<sup>397</sup> Ver anexo, evidencias 146, 147 y 148.



falleció a las 12:30 horas del día 10 de diciembre de 2014 por *tromboembolia pulmonar* (coágulo de sangre en pulmón).

Por lo anterior, personal médico de esta Comisión constató, de la consulta de las constancias que integran el expediente clínico de la persona agraviada U, que a ella se le dejó aproximadamente 12 horas sin atención y sin revisión en el área de hospitalización, aun cuando personal de enfermería reportaba su condición al personal médico del Ginecología y Obstetricia. Por lo tanto, la evolución que tuvo la paciente era evitable.

Derivado de lo anterior, se demuestra que la atención médica brindada a la persona agraviada U fue inoportuna e inadecuada, lo cual incumple el deber de cuidado que debió observarse, sobre todo por tratarse del embarazo de una adolescente. Asimismo, se vulneró el derecho de la persona agraviada U y de sus familiares a ser informados sobre el estado de la paciente y el tratamiento, así como el deber de recabar su consentimiento informado, lo cual impidió velar por el interés superior de la niñez.

En este sentido, la CDHDF advierte que en el presente caso, el personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, además de vulnerar el derecho a la salud en conexidad con la vida de la persona agraviada U, no atendió su obligación de darle una atención especial a su calidad de adolescente, omitiendo cumplir con el interés superior de la niñez, así como con las características del derecho al nivel más alto posible de salud, señaladas por el Comité de los Derechos del Niño; es decir, los servicios que se le proporcionaron no fueron los médicamente adecuados ni oportunos, vulnerando su derecho a la salud y a la vida.

Teniendo en cuenta lo anterior y con base en la evidencia documentada en los casos señalados, la CDHDF concluye que la Secretaría de Salud del Distrito Federal omitió su obligación de garantizar el interés superior de la niñez, en específico de las mujeres adolescentes embarazadas, señaladas como agraviadas en los casos L, Q y U al no brindar una atención médica adecuada y oportuna, lo cual a su vez generó afectaciones a sus derechos a la vida y a la salud.

#### **VI.6. Derechos sexuales y reproductivos en conexidad con los derechos a la vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductiva e integridad personal**

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos en construcción, tanto en el sistema internacional como en el interamericano de protección de los derechos humanos.

En principio, los organismos internacionales en la materia han reconocido de manera implícita tales derechos a partir de la protección a los derechos a la vida privada e intimidad, previstos en diversos instrumentos internacionales, entre los que destacan: el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y el artículo 16 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

Sobre el derecho a la vida privada, el Comité de Derechos Humanos ha interpretado el artículo 17 del PIDCP, estableciendo que éste incluye el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y que la misma debe ser protegida por la ley. A su vez, determinó que los Estados deben proteger este derecho, sobre todo en relación con las funciones reproductivas de las mujeres, en materia de

esterilizaciones, elección sobre el número de hijos, la legislación sobre el aborto y, en general, respecto de todas las "medidas adoptadas para poner término a esas injerencias y ofrecer a la mujer protección."<sup>398</sup> En este sentido, el Comité implícitamente protege los derechos reproductivos de las mujeres, como parte de un ámbito de la vida privada que no debe ser susceptible de injerencias.

Asimismo, la Corte IDH ha precisado respecto al artículo 11 de la CADH que:

[...] si bien esa norma se titula "Protección de la Honra y de la Dignidad", su contenido incluye, entre otros, la protección de la vida privada. La vida privada es un concepto amplio que no es susceptible de definiciones exhaustivas y comprende, entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos. Es decir, la vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo y cuándo decide proyectar a los demás.<sup>399</sup>

Por lo tanto, el derecho a la vida privada abarca todas las esferas de la intimidad y autonomía de las personas, incluyendo sus decisiones sobre su vida sexual, sus relaciones personales y familiares y su identidad.<sup>400</sup> En consecuencia, la violencia implica un ultraje [...] una cuestión que queda incluida en el concepto de 'vida privada'.<sup>401</sup>

Es importante precisar que el artículo 11.2 de la CADH prohíbe toda injerencia abusiva o arbitraria en la vida privada de las personas, por parte de terceros o de funcionarios públicos<sup>402</sup>. Es decir, el derecho a la intimidad y a la vida privada protege esa esfera propia de cada individuo, que sólo puede ser invadida de forma excepcional y bajo los requisitos de idoneidad, necesidad y proporcionalidad.<sup>403</sup>

En lo relativo al derecho a la intimidad, la Comisión IDH ha determinado, de manera particular que algunas conductas efectuadas por agentes estatales constituyen violaciones a este derecho como es el caso de las inspecciones vaginales, a las que se refirió como "un tipo de requisa excepcional y muy intrusiva",<sup>404</sup> que afectan la intimidad de la persona. Incluso especificó que se trata de:

[...] un aspecto íntimo especial de la vida privada de una mujer y que el procedimiento en cuestión, sea justificable o no su aplicación, puede provocar sentimientos profundos de angustia y vergüenza en casi todas las personas que se ven sometidas a él.<sup>405</sup>

De lo anterior se desprende que el derecho a la vida privada es indispensable para el libre desarrollo de la personalidad, ya que implica la adopción de las decisiones de manera libre de acuerdo con las propias aspiraciones y convicciones; especialmente de aquellas que atienden a la esfera más íntima de la persona. El concepto de vida privada engloba aspectos tanto de la identidad física y social,

<sup>398</sup> Comité de Derechos Humanos. Observación General No. 28, 68° período de sesiones (2000), Párr. 20.

<sup>399</sup> CIDH, Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile, Sentencia de 24 de febrero de 2012, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 162

<sup>400</sup> Ídem, párr. 156.

<sup>401</sup> Comisión IDH. Caso Martín de Mejía c. Perú, 10 de marzo de 1996, pp. 200-201.

<sup>402</sup> CIDH, Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile, Sentencia de 24 de febrero de 2012, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 162; Comisión IDH. Caso X y Y c. Argentina, 15 de octubre de 1996, Párr. 91.

<sup>403</sup> Ídem, párr. 164.

<sup>404</sup> Comisión IDH. Caso X y Y c. Argentina, 15 de octubre de 1996, Párr. 68.

<sup>405</sup> Ídem, párr. 93.

como del derecho a la autonomía personal, desarrollo personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior.<sup>406</sup> Es por ello que el derecho a la vida privada se encuentra ligado de manera indisoluble al ejercicio de la autonomía personal que en el ámbito reproductivo implica la libre decisión sobre el número y espaciamiento de sus hijos, así como el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se traduce en el derecho a la autonomía reproductiva. En este sentido el personal médico está obligado a respetar tal derecho, que implica el proveer a las mujeres de la información suficiente sobre las alternativas de métodos anticonceptivos, y que puedan acceder a éstos previo consentimiento informado, sin ejercer ningún tipo de presión o injerencia arbitraria sobre la paciente.

Es importante precisar que en el ámbito reproductivo, la vida privada se relaciona con dos vertientes: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.

El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), según el cual las mujeres gozan del derecho "a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

Este derecho es vulnerado cuando no se brinda a las mujeres la información necesaria para hacer valer tal derecho, cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad o cuando se impide a las mujeres que otorguen su consentimiento libre e informado. En la presente Recomendación se documentaron casos en los que se comenten violaciones a la autonomía reproductiva de las mujeres, en virtud de la falta de información respecto a la necesidad de los procedimientos quirúrgicos que afectaron su capacidad reproductiva y la falta de un consentimiento libre e informado.

Al respecto, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental (en adelante Relator sobre el Derecho a la Salud) ha destacado lo siguiente:

[...] las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento o a rechazar servicios, los cuales deben ser no coercitivos y respetuosos de su autonomía, privacidad y confidencialidad, y a recibir información de personal debidamente capacitado. Toda exigencia de autorización previa de un tercero infringe la autonomía de la mujer. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar exentos de coerción, discriminación o falta de información.<sup>407</sup>

Respecto al derecho al acceso a la atención de la salud reproductiva, éste se encuentra previsto en el artículo 12 de CEDAW<sup>408</sup>. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y

<sup>406</sup> Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in Vitro") vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 143.

<sup>407</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, presentado a la Asamblea General en su Sexagésimo cuarto periodo de sesiones, resolución A/64/272, Ginebra, 2009. Párrafo 57.

<sup>408</sup> CEDAW. Recomendación General No. 24: artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud, 20° periodo de sesiones (02/02/1999), párr. 1.

con qué frecuencia; lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.<sup>409</sup>

Respecto a la salud sexual, cabe destacar los derechos de las mujeres y adolescentes que viven con VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Los Estados tienen la obligación de garantizar, sin discriminación, el derecho a la intimidad, información, educación, servicios sobre salud sexual<sup>410</sup> y autonomía reproductiva para todas las mujeres y niñas, incluidas las que viven con VIH/SIDA. Asimismo, se debe proteger su derecho a la información adecuada, sobre todo acerca de la posibilidad de tener embarazos seguros, así como su derecho a dar su consentimiento para las intervenciones médicas, sin ser presionadas para aceptar dichas intervenciones<sup>411</sup>.

Para hacer efectivo este derecho, el Comité CEDAW precisó que los Estados están obligados a adoptar las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer en materia de salud sexual, las cuales:

[...] no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria.<sup>412</sup>

En consecuencia, los derechos sexuales y reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho a la vida privada, a la intimidad y a la autonomía y salud reproductivas, que implican la facultad de decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.<sup>413</sup> También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.<sup>414</sup>

Para hacer efectivos los derechos reproductivos, los Estados deben garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual

<sup>409</sup> Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in Vitro") vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 148; Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, numeral 94, pág. 37, disponible en: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>> Consultada el 12 de mayo de 2015.

<sup>410</sup> Ídem, párr. 18; Comité CEDAW. Lista de Cuestiones y preguntas relativas al examen de los informes periódicos: México, 1 de noviembre de 2011, CEDAW/C/MEX/7-8, párr. 19

<sup>411</sup> Kendall, Tamil Reproductive Rights Violations Reported by Mexican Women with HIV, en *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 11, núm. 2, 2009, pp. 79-89.

<sup>412</sup> CEDAW. Recomendación General No. 24: artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud, 20° período de sesiones (02/02/1999), párr. 11

<sup>413</sup> Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in Vitro") vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 148.

<sup>414</sup> Programa de Acción, Conferencia internacional sobre Población y el Desarrollo El Cairo, 1994; numeral 7.3 pág. 57. Disponible en: <[http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)> consultada el 12 de mayo de 2015.

y genésica en general<sup>415</sup>, asegurar a todas las mujeres y las adolescentes, para que cuenten con acceso a métodos anticonceptivos seguros y asequibles, consejería y servicios confidenciales para la planificación familiar, educación sexual, así como acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia<sup>416</sup>. El Comité CEDAW también ha solicitado a los Estados Miembros, entre otras cosas, lo siguiente<sup>417</sup>:

- a) Revisar las leyes restrictivas relacionadas con el aborto –las cuales se asocian a las elevadas tasas de mortalidad materna– y aseguren que el aborto sea seguro y accesible en las circunstancias que la ley lo determine.
- b) Crear leyes que penalicen todas las formas de violencia contra las mujeres y aplicar estrictamente las legislaciones existentes; ha estipulado que los gobiernos deben implementar medidas para cambiar aquellas normas sociales que perpetúan prácticas tradicionales que resultan dañinas y discriminan a las mujeres y las niñas;
- c) Adoptar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la educación, así como a proveerles acceso igualitario a materiales informativos y asesoramiento sobre planificación familiar;
- d) Proporcionar a las mujeres servicios apropiados cuando éstos sean necesarios durante las etapas pre y postnatales del embarazo.
- e) Eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica.

La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía reproductiva.

A nivel nacional, la Ley General de Salud<sup>418</sup> promueve el carácter prioritario de la planificación familiar y la educación sexual. Esta Ley expresa que los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. A su vez, menciona que quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados<sup>419</sup>.

Asimismo, a nivel local, la Ley de las y los Jóvenes del Distrito Federal establece que las y los adolescentes tienen el derecho de disfrute y ejercicio pleno de su vida sexual y autonomía reproductiva<sup>420</sup>; esta ley determina que el Gobierno del Distrito Federal debe formular las políticas y establecer los mecanismos que permitan el acceso expedito a los servicios de información y atención relacionados con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos<sup>421</sup>; así como incluir en el Plan Estratégico para el Desarrollo Integral de la Juventud del Distrito Federal lineamientos y acciones que permitan generar y divulgar información referente a la salud reproductiva, al ejercicio

---

<sup>415</sup> Ídem, párr. 23

<sup>416</sup> Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 10

<sup>417</sup> Comité CEDAW, Recomendación general No. 21 La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, disponible en: < <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>> Consultada el 12 de mayo de 2015.

<sup>418</sup> Ley General de Salud, Capítulo VI, Servicios de Planificación Familiar

<sup>419</sup> Ley General de Salud, artículo 67.

<sup>420</sup> Artículo 18

<sup>421</sup> Artículo 19



responsable de la sexualidad, al VIH-SIDA, a la educación sexual, al embarazo en adolescentes, a la maternidad y paternidad responsable, entre otros<sup>422</sup>.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia indica que es responsabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal generar y difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos, la salud mental, la interrupción legal del embarazo, prevenir las enfermedades de transmisión sexual, adicciones, accidentes, así como todas aquellas acciones tendentes a prevenir la violencia contra las mujeres<sup>423</sup>.

Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal y la integridad física y psicológica, y el deber correlativo del Estado de velar por el ejercicio de esos derechos, cuya obligación consiste en “adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole [...] para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos”<sup>424</sup>.

Es importante señalar que la violación a los derechos sexuales y reproductivos, ya sea por una injerencia abusiva o arbitraria en la vida privada o en la intimidad de la persona, o por las afectaciones a la salud reproductiva pueden ocasionar una afectación psicológica a las mujeres, violando su derecho a la integridad personal. Así lo ha considerado la Corte Interamericana en las sentencias de los casos *Artavia Murillo vs. Costa Rica* y *Suárez Peralta vs. Ecuador*:

La Corte resalta que, en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. [...] Por tanto, **los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud**. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.<sup>425</sup>

En los entornos de atención a la salud, cuando se violan los derechos sexuales y reproductivos, la integridad psicológica se puede ver afectada por vulneración a la esfera de intimidad. Incluso, la Comisión IDH ha señalado que las injerencias abusivas y arbitrarias a la intimidad y vida sexual pueden “provocar sentimientos profundos de angustia y vergüenza [y] resultar en grave daño psicológico”.<sup>426</sup>

Las autoridades de la Secretaría de Salud que vulneraron el derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres, les ocasionaron también una afectación a su integridad psicológica, derivada de la imposición de métodos de esterilización, sin haberles proporcionado previamente la información suficiente respecto de la necesidad de dicha medida, ni recabado un consentimiento libre e informado, lo cual a su vez vulneró su derecho de acceso a la información. Dichas afectaciones a su

<sup>422</sup> Artículo 20

<sup>423</sup> Artículo 18, fracción III.

<sup>424</sup> CEDAW. Recomendación General No. 24: artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud, 20° período de sesiones (02/02/1999), párr. 17

<sup>425</sup> Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párrafo 147.

<sup>426</sup> Comisión IDH. Caso X y Y c. Argentina, 15 de octubre de 1996, Párr. 68.

integridad psicológica se reflejan en el impacto que les ocasionó ver mermada su capacidad reproductiva.

De conformidad con la investigación realizada por personal de esta CDHDF, en los siguientes casos ha quedado comprobada la violación de los derechos sexuales y reproductivos en conexidad con los derechos a la vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductivas e integridad personal de las personas agraviadas, por las razones que a continuación se exponen:

#### **Caso A. Expediente CDHDF/III/121/AO/09/D1320**

En el presente caso, como ya se dijo, a la persona agraviada A, personal de salud del Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Sedesa, le realizó una cirugía cesárea de su primer embarazo. Sin embargo no le brindó una adecuada atención durante su puerperio, ya que no se le dio una adecuada vigilancia de su estado posterior a la realización de la cesárea,<sup>427</sup> tomando en consideración que durante el evento quirúrgico presentó hipotonía uterina, lo cual tuvo como consecuencia la progresión de un choque hipovolémico grado III, por el cual se le realizó necesariamente otro procedimiento quirúrgico para extirparle la matriz (histerectomía).

La omisión médica referida generó las condiciones para ese segundo evento quirúrgico, lo cual fue una acción médicamente indicada por la urgencia en la atención del caso. Sin embargo, con la misma se privó a la persona agraviada A de su capacidad reproductiva y le afectó su proyecto de vida en pareja.<sup>428</sup>

Es por ello que la CDHDF determina que con la omisión descrita, la Secretaría de Salud vulneró los derechos reproductivos de la persona agraviada A, al haber provocado las condiciones para la realización de la histerectomía, lo cual le quitó las posibilidades de tener más hijos o hijas, afectando su proyecto de vida en pareja.

#### **Caso K. CDHDF/III/122/IZTP/13/D1015**

En este caso, como ya se mencionó, la persona agraviada K, acudió el 1 de febrero de 2013 al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México *Dr. Belisario Domínguez*, para atención por parto. En dicho nosocomio, personal de salud determinó el 2 de febrero de ese mismo año realizarle una cirugía de cesárea y posteriormente practicarle una histerectomía subtotal (extirpación de útero) con conservación de anexos por presentar la paciente una atonía uterina, -que no se revirtió con los medicamentos-, y choque hipovolémico grado III, el cual se corrigió a través del procedimiento de empaquetamiento con 5 compresas,<sup>429</sup> siendo egresada el 7 de febrero de 2013.

No obstante lo anterior, con ello se afectaron sus derechos reproductivos al coartarle su capacidad reproductiva, ya que no podrá volver a embarazarse. Lo anterior generó una ruptura en la continuidad de su vida cotidiana, cambios en su dinámica familiar, sensación de cambio en su

<sup>427</sup> Ver Anexo, evidencia 4.

<sup>428</sup> Ver Anexo, evidencia 6.

<sup>429</sup> Ver Anexo, evidencias 82, 83 y 84.



proyecto de vida, en las esferas que componen su identidad, que derivaron en daños en su integridad psicofísica.<sup>430</sup>

Con las acciones y omisiones descritas, la CDHDF tiene por acreditado que en el presente caso se vulneraron los derechos reproductivos de la persona agraviada K.

### Caso N. Expediente CDHDF/III/121/GAM/13/D7631

En el presente caso, como ya se mencionó, la persona agraviada N, el 24 de octubre del 2013, en el Hospital General de Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, recibió atención médica para su parto, teniendo el alumbramiento de un niño mediante cesárea. Después de dicho procedimiento quirúrgico, cuando se encontraba en el área de recuperación, se presentaron *doctoras de planeación familiar, quienes ejerciendo presión emocional, le colocaron el dispositivo intrauterino. Casi, casi ahí nos decían que a fuerza nos lo teníamos que poner ya sea el dispositivo o el que va en el brazo, pero en ese momento no lo tenían entonces me pusieron a mí el dispositivo intrauterino.*<sup>431</sup> Personal de esta Comisión constató, en la consulta realizada al expediente clínico de la persona agraviada N, que sí se le colocó el referido método anticonceptivo, ya que se registró esa acción el 24 de octubre de 2013.

El 26 de octubre de 2013, cuando ya se había programado su egreso, personal de enfermería acudió a tomarle la temperatura. Ella presentaba fiebre superior a 38°, motivo por el cual se le retuvo y se ordenó la realización de diversos estudios, a través de los que se concluyó que presentaba diversos hematomas, informándole a la persona agraviada N que estaba en peligro su matriz y que tendrían que quitársela porque estaba en riesgo su vida.

La persona agraviada N precisó al personal de esta Comisión que el 31 de octubre de 2013, se le realizó un ultrasonido de abdomen a través del cual identificaron los hematomas y posteriormente le realizaron un ultrasonido vaginal, donde aparece que el dispositivo no estaba bien puesto.<sup>432</sup> Esta inadecuada atención médica vulnera el derecho de la agraviada N a la salud reproductiva.

La persona agraviada N fue ingresada ese mismo día a quirófano para la realización de la cirugía de extirpación de matriz, sin que se le informara el procedimiento a seguir; solo escuchaba que el personal médico *hablaban entre sí, escuchaba decir que tenían que hacerle la cirugía, que para empezar el dispositivo estaba mal puesto, que tenía hematomas y la forma de suturar estaban mal.* Finalmente, fue dada de alta el 6 de noviembre de 2013.

En razón de lo anterior, este Organismo tiene probado que a la persona agraviada N se le impuso un método anticonceptivo parcial, el cual finalmente tuvo como consecuencia que le extirparan totalmente la matriz. Estas acciones del personal de salud constituyen una violación a sus derechos reproductivos ya que coartó su capacidad reproductiva, así como privándola de la capacidad de embarazarse en el futuro.

<sup>430</sup> Ver Anexo, evidencia 86.

<sup>431</sup> Ver Anexo, evidencia 108.

<sup>432</sup> Ver Anexo, evidencia 108.

Asimismo, conforme al estudio de impacto psicosocial que elaboró personal de esta Comisión, se tiene que dada la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de la persona agraviada Ñ, el proyecto de vida de ella su pareja se alteró, pues ya no podrá tener más hijos, afectando su autoestima y estado emocional, presentando episodios de tristeza y enojo, así como desconfianza ante personal de salud.<sup>433</sup>

En consecuencia, con las acciones descritas, la CDHDF tiene por acreditado que en el presente caso se vulneraron los derechos reproductivos de la persona agraviada Ñ, así como su derecho a la integridad personal.

### **Caso V. Expediente CDHDF/III/121/VC/15/D1068**

En este caso, se tiene que la persona agraviada V fue atendida médicamente por trabajo de parto desde el 25 de diciembre de 2014, en el Hospital Materno Infantil de Inguarán, donde se le realizó una cirugía cesárea por máximo beneficio fetal. No obstante durante dicho procedimiento quirúrgico, sin que exista causa médica que lo justifique ni consentimiento para ello, se le realizó la Oclusión Tubaria Bilateral como método definitivo de planificación familiar (también conocido como salpingoclasia o ligadura de las tropas).

Lo anterior se acredita, dado que de la consulta que el personal de esta Comisión realizó al expediente clínico de la persona agraviada V, sólo se advirtió una Hoja de Consentimiento Informado<sup>434</sup> de carácter general sin especificar un motivo particular, misma que cita lo siguiente: “autorizo a los médicos de este hospital para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiéndolo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud”. En este sentido tampoco se observó registro que justificara la causa médica de la realización de ese método anticonceptivo definitivo.

La persona agraviada V informó a este Organismo que personal de salud la cuestionó respecto a por qué no se quería “operar” (realizar la salpingoclasia), indicándole que lo hiciera ya que “es que la tercera cesárea ya no la va a contar,” pese a que ella les comentó “que [se] quería controlar con otro método, no me quería operar, pero a la mera hora resultó que si me operaron”.

En particular, también la persona agraviada V refirió que instantes después de que se le inició la aplicación de la anestesia *siente ganas de dormir y no se acuerda de cuándo nació el niño, ni de si llor[ó] o no, esto ocurrió alrededor de las cuatro de la tarde perdió el conocimiento*<sup>435</sup>. Fue cuando estuvo consciente que el médico anestesiólogo le dijo que la habían operado *además, para que ya no pudiera tener más hijos, cirugía que en ningún momento autoricé*<sup>436</sup>; en particular le dijo “mamacita la tuvimos que operar, para que ya no tuvieras hijos, porque se te tronó el útero”. Ella preguntó si avisaron a sus familiares y si ellos firmaron algún documento. Sin embargo, luego ella se enteró que nadie firmó nada.

---

<sup>433</sup> Ver Anexo, evidencia 108.

<sup>434</sup> Ver Anexo, evidencia 153.

<sup>435</sup> Ver Anexo, evidencia 156.

<sup>436</sup> Ver Anexo, evidencia 156.

Esto acredita que personal de salud, aprovechando la situación de vulnerabilidad en que se encontraba la persona agraviada V, le impuso el método anticonceptivo referido, sin considerar que ella no lo aceptó. Esto contraviene lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.1 sobre consentimiento informado y la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar numeral 5.4.2.7. donde se menciona que entre los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información será: salpingoclasia.

En razón de que el personal médico del Hospital Materno Infantil Inguarán impuso a la persona agraviada V un método anticonceptivo sin su consentimiento, aprovechando el estado de inconsciencia que presentaba por encontrarse anestesiada, se vulneraron en agravio de ella sus derechos reproductivos al coartarle su capacidad reproductiva.

En virtud de lo anterior, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en los casos materia de la presente Recomendación llega a la conclusión que el personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal; los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en particular de las adolescentes embarazadas, y los derechos sexuales y reproductivos en conexidad con los derechos a la vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductiva e integridad personal.

## VII. Posicionamiento

Desde su creación, esta Comisión ha emitido seis Recomendaciones relacionadas con los temas abordados en el presente documento recomendatorio (02/2009, 10/2006, 13/2006, 02/2009, 07/2011, 15/2012). Todas fueron dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y en ellas se documentan 35 casos, relativos a la mortalidad y morbilidad materna, en los que mujeres, niñas y niños recién nacidas o ambos perdieron la vida o tuvieron secuelas.

Realizando una recapitulación de esos documentos, se concluye que la autoridad recomendada no ha terminado de cumplir los siguientes puntos, los cuales han sido retomados en más de una ocasión:

- a) La implementación de medidas para la atención de emergencia en los casos de afectación a la salud del binomio madre e hijo(a) y la canalización de emergencias a otros hospitales, en caso de que un nosocomio no tuviera la capacidad humana y material para atenderla;
- b) El mejoramiento de los mecanismos de referencia y contra-referencia hospitalaria;
- c) El desarrollo de un programa para la sustitución de los médicos especialistas, que pudiera cubrir las ausencias en el área de gineco-obstetricia de los hospitales;
- d) El mejoramiento del procedimiento de consentimiento informado;
- e) El desarrollo de un diagnóstico sobre los hospitales que brindan servicios de salud en materia gineco obstétrica para detectar las carencias materiales; y,
- f) El desarrollo de medidas para suplir las carencias de recursos humanos y materiales.

Lo anterior muestra que el sistema de salud del Distrito Federal continúa con problemas que generan violaciones graves y continuas a derechos humanos. Asimismo, expone una gran preocupación a nivel local frente a las tasas de defunciones y complicaciones –muchas veces irreversibles– provocadas por omisiones en la atención o el cuidado hospitalario, que podrían ser evitables y que ponen en riesgo la salud y la integridad personal de las mujeres durante el embarazo, el parto o el periodo posterior al parto (puerperio), al igual que la salud de niños y niñas.

Pese a los compromisos que México, en general, y el Gobierno del Distrito Federal, en particular, han asumido para alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo, con calidad y calidez a los servicios de salud de las mujeres embarazadas, para ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social, así como para atender los lineamientos esgrimidos en las Normas Oficiales Mexicanas relativas al tema, el componente crítico del sistema continúa siendo la falta de recursos humanos, así como la carencia de insumos e infraestructura. Esto impide brindar una atención óptima en cada uno de los niveles de atención hospitalaria a embarazos normo evolutivos, y, sobre todo, al momento de atender emergencias médicas que ponen en riesgo la vida de la madre y del producto.

A esta Comisión le preocupa el hecho de que los relatos de muchas de las personas peticionarias o agraviadas de los casos plasmados en esta Recomendación, comienzan su viacrucis en el área de urgencias de algún hospital adscrito a la red de servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal. Una vez que una mujer comienza a sentir los síntomas de parto o que llega su fecha de alumbramiento, se presenta en el hospital más cercano a su domicilio para recibir atención y se enfrenta a una serie de dificultades u obstáculos que ponen en entredicho la obligación del Estado de atender efectiva y concretamente a la persona. De acuerdo a los organismos internacionales que atienden los temas de la salud, el acceso es la posibilidad de obtener atención cuando se necesita<sup>437</sup>; por tanto, no recibirla implica una violación a derechos humanos.

Aunado a la falta de atención oportuna, se adicionan deficiencias en el diagnóstico, principalmente la omisión en atender u observar las particularidades que las mujeres pueden estar manifestando como entidades individuales, y que recurrentemente desatienden o ignoran los médicos (as), enfermeras (os) y trabajadoras (es) sociales en los entornos de atención a la salud. Esto reproduce y normaliza una serie de prácticas abusivas que a menudo son recibidas por las personas agraviadas como parte inherente de la atención hospitalaria. Por ejemplo, aguantarse el dolor o evitar cualquier manifestación del mismo, escuchar comentarios agresivos u ofensivos relacionados con la necesidad de la atención y hasta la poca o nula información proporcionada a los y las acompañantes, son sólo algunas de las manifestaciones recurrentes sobre los malos tratos que reciben las mujeres durante esta etapa.

La repetición de este tipo de prácticas es preocupante, debido a que los hospitales del sistema de salud del Distrito Federal son hospitales-escuela, por lo que la reproducción de los malos tratos se convierte en parte del aprendizaje y, posteriormente, se seguirán llevando a cabo.

Como ya se analizó en este documento, es relevante enfatizar que desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, la salud materna no significa solamente una serie

---

<sup>437</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.

de cuidados que deben proporcionarse antes, durante y después del parto; implica también el derecho de todas las mujeres, sin discriminación alguna, a disfrutar de la maternidad de forma libre, segura y plena; a gozar de los beneficios del progreso científico y a estar a salvo de la discriminación<sup>438</sup>. En consecuencia, la salud materna abarca la protección de toda una gama de derechos relacionados con la autonomía y dignidad de las mujeres, así como la toma de decisiones libres e informadas en relación con el parto, embarazo y puerperio<sup>439</sup>, inclusive respecto a las decisiones relacionadas con la autonomía reproductiva, la planificación familiar y la prevención de embarazos futuros.

Este Organismo está de acuerdo en que el embarazo y el nacimiento son eventos trascendentales en la vida de las mujeres y de sus familias; no obstante, también implican un momento de gran vulnerabilidad<sup>440</sup>, lo cual propicia situaciones de inequidad entre la paciente y el personal médico, que no deberían ocurrir en un estado democrático. En una perspectiva de cumplimiento efectivo de los derechos humanos, es indispensable precisar que el trato personal que una paciente reciba del personal de salud de cualquier institución, quienes en teoría son las personas profesionales preparadas para atender una maternidad y un nacimiento, debería caracterizarse por brindar empatía, apoyo, seguridad, confianza y una comunicación gentil, respetuosa y efectiva, que permita tomar decisiones informadas. Sin embargo, las personas agraviadas recurren a esta Comisión manifestando su preocupación, indignación, rabia, e impotencia ante la falta de información, abuso de autoridad, falta de respeto, malos tratos crueles e inhumanos, tortura, la pérdida de su embarazo o muerte de las mujeres o sus hijas e hijos.

Derivado de lo anterior, a pesar de que el Gobierno del Distrito Federal ha logrado mejores resultados a la hora de formular legislación, al momento de introducir los cambios necesarios al sistema de salud y protección social para asegurar los derechos de las usuarias, así como a las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema, los problemas ya descritos y sus respectivas soluciones a menudo se hallan fuera del marco jurídico. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación en las cuáles deben observarse los elementos institucionales de: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en relación con los principios de aplicación que son transversales a todas las obligaciones generales<sup>441</sup>.

Con los principios de aplicación se requiere identificar el contenido esencial de los derechos, que de acuerdo con la evidencia contenida en esta Recomendación fueron vulnerados, es decir, que se establezcan "los elementos mínimos que el Estado debe proveer a cualquier persona de

---

<sup>438</sup> ONU-Consejo de Derechos Humanos, *Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, A/HRC/11/L.16/Rev.1, del 12 de junio de 2009, párrafo 2.

<sup>439</sup> CDHDF. La salud materna en el derecho internacional. Informe 2013, pp. 7

<sup>440</sup> White Ribbon Alliance, "Promoviendo un cuidado materno respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva", disponible en <[http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46\\_FinalRespectfulCareCharterSpanish.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46_FinalRespectfulCareCharterSpanish.pdf)>, página consultada el 20 de abril de 2015.

<sup>441</sup> Serrano Sandra y Daniel Vázquez. Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos. Flacso, México, p. 52, 99-100.

inmediato"<sup>442</sup>, sin que pueda considerarse cómo válido que el incumplimiento se deba a la falta de recursos, ya que los aspectos que no son de cumplimiento inmediato es por medio de la progresividad que pueden ser cubiertos ya que son graduales, en virtud de que se trata de un proceso a corto, mediano y largo plazo donde "la efectividad de los derechos no se logrará de una vez y para siempre"<sup>443</sup>, sin embargo, una vez logrado avance en el disfrute de derechos el Estado no puede disminuir el nivel logrado, salvo algunas excepciones. Ahora bien, las autoridades responsables pueden hacer uso de la herramienta sobre el máximo uso de recursos disponibles para mostrar que hicieron todo lo necesario para cumplir con sus obligaciones<sup>444</sup>

En razón de lo anterior, para este Organismo, es relevante reconocer que los problemas de atención materna trascienden el ámbito puramente médico, ya que están relacionados con la injusticia social, la discriminación, la pobreza y la ausencia del reconocimiento y disfrute de los derechos humanos.

Asimismo, esta Comisión considera que la falta de un estudio sobre las necesidades reales de los hospitales incide en la recurrencia de las violaciones e impide la planeación, la gestión y la creación de políticas públicas efectivas y eficientes con perspectiva de derechos humanos, pese a los compromisos de la Secretaría de Salud por realizar un diagnóstico para conocer las fortalezas y debilidades del sistema.

En este sentido, es apremiante la adopción de una política pública integral que permita garantizar la no repetición de las violaciones a los derechos de las mujeres embarazadas, documentados en la presente Recomendación, impulsando desde diversos ámbitos para que se provea al sistema de salud público en el Distrito Federal de la infraestructura, de los recursos humanos y materiales necesarios para brindar un servicio de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente que no ponga en riesgo la salud, la vida y la integridad física de las mujeres y de las niñas y niños.

Esta Comisión hace un llamado a las autoridades del Distrito Federal para que logren que la atención hospitalaria de segundo nivel que se ofrece a las madres y a las niñas y niños recién nacidos en la ciudad sea oportuna y suficiente, cuente con equipamiento y suministros adecuados, normas, medios de comunicación, sistema de referencia y transporte expedito para la resolución de eventos obstétricos; que brinde atención calificada a todas las mujeres que la necesiten, otorgando un especial cuidado a aquellos embarazos considerados de riesgo, que pueden presentarse en madres adolescentes o con otras condiciones de salud no favorables; "visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado, fortaleciendo los sistemas de quejas y campañas de información para las mujeres al interior de los hospitales e instituciones de salud, de forma que las usuarias puedan denunciar prácticas que constituyan violencia obstétrica"<sup>445</sup>, que se imparta una educación de calidad en la formación y capacitación de nivel continuo, con mecanismos de supervisión, evaluación y reconocimiento de los servicios de campo y administración, que prueben y demuestren en la realidad su eficacia durante la atención del pre parto, parto y postparto.

---

<sup>442</sup> *Idem.* p. 100.

<sup>443</sup> *Idem.* p. 109.

<sup>444</sup> *Idem.* p. 111-112

<sup>445</sup> *Gire. Op. Cit.* p. 144



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

El párrafo tercero, del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala:

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 establece la ley. (Énfasis añadido).

En un estado democrático de derecho, toda persona debe tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozará de la posibilidad de reclamar que el responsable asuma las consecuencias. De igual manera, el Estado, como garante de esos derechos, debe asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a algún individuo. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que:

Las víctimas de violaciones a los derechos humanos o sus familiares, tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido, la cual debe concretarse a través de medidas individuales y tendientes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior, deriva tanto del régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismo internacionales ratificados por México y de los criterios internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación integral proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.<sup>446</sup>

Aunado a lo anterior, la Ley General de Víctimas, reconoce de manera expresa, el derecho de las víctimas de ser reparadas de manera integral, recogiendo los estándares internacionales.

El deber de reparar a cargo del Estado, está previsto 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 a interponer recursos y obtener reparaciones.<sup>447</sup> 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 del 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

<sup>446</sup> SCJN. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII. Enero de 2011, Tesis P./LXVII/2010, página 28.

<sup>447</sup> Aprobadas por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005, mediante Resolución 60/147.

constituyen violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario [...].<sup>448</sup>

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, el 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.<sup>449</sup>

El mismo Tribunal ha establecido en su jurisprudencia lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

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 [...].<sup>450</sup>

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 [...].<sup>451</sup>

La Corte IDH, ha sostenido que la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras*).<sup>452</sup>

En el caso del derecho a la salud, la Corte IDH resalta que la atención de salud debe estar disponible a toda persona que lo necesite, en el caso particular de las personas con discapacidad establece:

[...] Todo tratamiento a personas con discapacidad debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida. Asimismo, sobre los alcances del derecho a la rehabilitación en los términos del derecho internacional, el artículo 25 de la CDPD establece el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y la obligación de adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En similar sentido, se refiere el artículo 23 de la Convención sobre derechos del niño en

<sup>448</sup> Principio no. 15.

<sup>449</sup> Corte IDH. *Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú*. Excepciones Preliminares. Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia del 7 de febrero de 2006. Serie C. No. 144, párrafo 295.

<sup>450</sup> Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C. No. 125, párrafo 193.

<sup>451</sup> *Ibidem*. Párrafo 182.

<sup>452</sup> Corte IDH. *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie "C". No. 42, párrafo 85.

relación con las medidas que deben adoptar los Estados respecto a las niñas y niños con discapacidad.

[...] la rehabilitación debe ser brindada en forma temprana y oportuna, para lograr un resultado idóneo, debe ser continua y abarcar más allá de la etapa de mayor complejidad inicial. Asimismo, la rehabilitación debe tener en cuenta el tipo de discapacidad que la persona tiene y ser coordinado por un equipo multidisciplinario que atienda todos los aspectos de la persona como una integralidad.

En consecuencia, la Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos y físicos sufridos por las víctimas derivados de las violaciones establecidas [...]. Por lo tanto, el Tribunal considera necesario disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus servicios de salud especializados, y de forma inmediata, adecuada y efectiva, el tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico a las víctimas, previo consentimiento informado, incluida la provisión gratuita de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración los padecimientos de cada uno de ellos. En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia y por el tiempo que sea necesario. Al proveer el tratamiento psicológico o psiquiátrico se debe considerar, además, las circunstancias y necesidades particulares de cada víctima, de manera que se les brinden tratamientos familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada una de ellas y después de una evaluación individual [...].<sup>453</sup>

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

[...] 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 los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las autoridades del gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas,<sup>454</sup> se establecen los criterios generales de indemnización de los daños ocasionados a personas víctimas de violaciones a derechos humanos, así como los parámetros bajo los cuales se realizará, tomando en consideración estándares internacionales. En este sentido se establece la reparación por el daño material (daño emergente y lucro cesante) y daño inmaterial.

Teniendo en cuenta lo anterior, este Organismo considera procedente la reparación de los daños ocasionados por las violaciones a los derechos humanos descritas y probadas en la presente Recomendación, en los términos siguientes:

<sup>453</sup> Corte IDH. Caso Furlan y familiares vs. Argentina. Sentencia de 31 de agosto de 2012, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 282, 283 y 284.

<sup>454</sup> Publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de septiembre de 2014

## Indemnización.

La indemnización es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante y del daño moral sufrido por las víctimas.<sup>455</sup> Ésta 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 internacionales de derechos humanos.

A su vez, su monto depende del nexo causal con los hechos del caso *sub iudice*,<sup>456</sup> las violaciones, declaraciones, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.

La indemnización no puede implicar ni un empobrecimiento, ni un enriquecimiento para la víctima o sus sucesores.<sup>457</sup>

Conforme a lo dispuesto en los *Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las autoridades del gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas*, la indemnización a las víctimas directas e indirectas en la presente Recomendación deberá partir de la información proporcionada por las mismas en relación con el daño material e inmaterial sufrido.

Respecto a la indemnización por las afectaciones materiales, en particular, por el daño emergente causado se deben tener en cuenta –al menos- los gastos que erogados por la atención médica de carácter privado a la que, en algunos casos, se recurrió (consultas médicas privadas, medicamentos, estudios clínicos, etc.) con motivo las violaciones acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, específicamente para los casos B, C, F, J, N, Ñ, Q, U y V.

A fin de determinar el monto correspondiente a la indemnización por daño inmaterial, deberán tomarse en cuenta las conclusiones de los estudios de impactos psicosociales practicados a las víctimas directas o indirectas, en los casos en los que éstas accedieron a su realización, así como el informe general que al respecto elaboró la Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión.

Considerando la información aportada durante los estudios de impactos psicosociales practicados a las víctimas indirectas, en aquéllos casos en los que las mujeres fallecieron, para efectos de la indemnización por daño inmaterial deberá considerarse quién se encuentra brindado los cuidados a los hijos o hijas de la persona fallecida.

## Rehabilitación.

<sup>455</sup> Corte IDH. Caso Velázquez Rodríguez vs. Honduras.

<sup>456</sup> Cfr. *Yakye Axa*, Supra nota 55, párrafo 193.

<sup>457</sup> Corte IDH. *Caso Ticona Estrada y otros vs. Bolivia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie "C". No. 191, párrafo 134; *Caso Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. 24 de noviembre de 2009. Serie "C". No. 121.



A las niñas y niños que tienen secuelas en su salud (afectaciones a su integridad física y psicoemocional) o presentan alguna discapacidad, [casos D, F, N, R y T], se les deberá ofrecer de manera gratuita evaluaciones periódicas de su condición de salud que permitan determinar el diagnóstico y tratamiento médico adecuado, los procesos de rehabilitación y psicoterapia, así como prótesis y los elementos necesarios para facilitar su movilidad (silla de ruedas, muletas, etc.).

En razón de haber sido expuestos a riesgos innecesarios a los niños y niñas de los casos M, S, G y U, se deberá brindar atención médica y psicológica que requieran, así como un proceso de evaluación y seguimiento médico especializado que se requiera, a fin de garantizar que en la medida de lo posible, su desarrollo físico, psicológico y mental sea adecuado a su edad y condición de salud.

En estos casos, las medidas de rehabilitación deberán ser integrales, considerando además de lo anterior, la educación que deben de tener las familias [padres, madres, hermanos, hermanas, y demás integrantes del núcleo familiar] para la rehabilitación de sus hijas o hijos agraviados, la cual debe comprender la mejora del núcleo familiar para cuidar y atender a la niña y el niño; así como el apoyo para sufragar los gastos relacionados con la atención que requieren, incluidos los servicios de cuidados temporales.

En el mismo sentido, es necesario considerar que parte de la rehabilitación incluye que los familiares de las niñas y niños deben estar de acuerdo con el lugar donde se llevará a cabo tal rehabilitación [institución pública o privada], brindándoles los apoyos necesarios para el traslado oportuno. En este sentido, las autoridades cubrirán los gastos de transporte por todo el tiempo que sea necesario hasta alcanzar su más alto potencial de recuperación. En los casos diagnosticados con alguna discapacidad permanente, la rehabilitación deberá ser sistemática, previo acuerdo con el padre y la madre.

Con relación a los casos A, K y Ñ cuyas víctimas tuvieron que ser sometidas a histerectomías, se deberá garantizar su seguimiento médico y psicológico que les permita superar los trastornos emocionales que conlleva la pérdida de la capacidad reproductiva, así como las posibles secuelas relacionadas con la cirugía.

En los casos M y U donde las mujeres fallecieron, se deberá compensar monetariamente por los gastos generados por el sepelio de las víctimas. También se les debe brindar si así lo aceptan, a las personas integrantes de su familia, atención psicológica especializada en tanatología para apoyarles en el enfrentamiento de los procesos de duelo hasta su recuperación, así como atención psicológica que les permita afrontar los cambios o sobrecargas en su núcleo familiar.

En los casos B, C, E, H, I, J, O, P y Q en los cuales fallecieron los hijos e hijas de las víctimas, se deberá compensar monetariamente por los gastos erogados por los sepelios. También se deberá brindarles, en caso de que así lo acepten, atención psicológica especializada en tanatología para ayudarlos a afrontar los procesos de duelo hasta su recuperación.

En el caso V, cuya víctima se le realizó una salpingoclasia sin su consentimiento se deberá garantizar su seguimiento médico y psicológico que le permita superar los trastornos emocionales



que conlleva la pérdida de la capacidad reproductiva. En este sentido para la atención psicológica se deberá de comprender también a su pareja si así lo determina ella como víctima indirecta.

### **Asistencia social.**

En los casos D, F, G, M, N, R, S, T y U se les deberá proporcionar a los niños y niñas apoyos en programas sociales que se reflejen en becas para su educación hasta que concluyan por lo menos el nivel medio superior.

### **Satisfacción.**

Las medidas de satisfacción deben incluir, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; y e) la aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a los responsables de las violaciones.

Esta Comisión, con base en las valoraciones de impacto psicosociales<sup>458</sup> que sufrieron las víctimas, detectó que el perfil de la mayoría de las víctimas directas es: mujeres que al momento de los hechos eran beneficiarias del seguro popular, con una edad promedio menor de 25 años, dedicadas al hogar, con grado de estudios básicos (primaria o secundaria) y que vivían en unión libre, lo que las colocaba en una condición de vulnerabilidad. Estas condiciones son relevantes, pues limitan las posibilidades de las personas afectadas para interponer denuncias o exigir que cesen las violaciones a sus derechos humanos. Asimismo en la mayoría de las mujeres agraviadas, cursaban su primera gestación.

Las mujeres afectadas en general señalaron que los comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, por parte del personal de salud, acerca de su comportamiento durante la atención del parto, así como el hecho de ser víctimas de comentarios acerca de su persona o su salud sin ser tomadas en consideración o consultadas, además de realizarles tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas, la negación de la atención o la dilación en las intervenciones médicas, el impedirles estar acompañadas de alguien de su confianza, así como recibir críticas por llorar o gritar de dolor durante el parto, la forma en que les informaron sobre la situación de sus hijos e hijas, representó una falta de respeto a su dignidad y las hizo sentir vulnerables, culpables e inseguras, sobre todo mientras permanecieron en la institución hospitalaria. En todos los casos las víctimas presentaron una afectación a su salud emocional, y en algunos de ellos, la situación vivida las ha llevado a no atenderse medicamente lo que ha repercutido en su salud física.

Por lo anterior, resulta indispensable para esta Comisión que en todos los casos, previo acuerdo con las víctimas, reciban disculpas —en la modalidad que las víctimas directas e indirectas lo requieran— y que las mismas se realicen en acompañamiento de personal de la CDHDF y de quienes ellas más designen.

---

<sup>458</sup> Ver Anexo II.



### Garantías de no repetición.

Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas necesarias para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron las violaciones a derechos humanos no se repitan.<sup>459</sup>

Derivado de las valoraciones psicosociales, como ya se mencionó, se constató que la salud emocional de las víctimas directas está estrechamente relacionada con los eventos de violencia obstétrica. Se encontró que el 100% de las mujeres entrevistadas, recibieron por parte del personal del hospital argumentos que las colocaban como únicas responsables de las circunstancias que se presentaban alrededor y posterior al parto.<sup>460</sup>

Asimismo, se identificaron por las narraciones hechas por las personas agraviadas y por la información proporcionada por sus familiares lo siguiente: a) Falta de información por parte del personal de salud hacia las mujeres, acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de los procedimientos e intervenciones médicas durante la atención obstétrica, principalmente en el proceso de parto; b) Desconocimiento de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos de la mujer, por tanto el personal de salud ejerce poder para presionarlas o forzarlas a utilizar métodos anticonceptivos; c) El ejercicio de poder por parte del personal médico se intensificó principalmente en los casos en que las mujeres cursaban por su primer embarazo; d) Insuficiencia de personal, especialistas, equipo, materiales, etc., y, e) Existe discriminación, respecto a los atributos de las mujeres (edad, situación económica, por presentar una enfermedad como el VIH), en el trato que se brindó se detectó que las mujeres percibieron una inadecuada calidad de la atención, condicionadas a recibir atención en los hospitales públicos, al estar afiliadas al seguro popular como su única alternativa.

Por ello es importante habilitar las siguientes medidas encaminadas a que los hechos aquí denunciados no vuelvan a ocurrir:

Es necesario que los hospitales del Sistema de Salud del Distrito Federal cuenten con el personal profesional médico suficiente y especializado para atender a las mujeres durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Asimismo que adquieran el equipo, material y medicamentos necesarios, para evitar casos como los que son materia del presente instrumento recomendatorio.

Aunado a lo anterior, se requiere generar un esquema de comunicación efectivo y eficiente que permita que tanto las pacientes como sus familiares reciban información continua, suficiente y veraz.

Es necesario impartir un curso teórico-práctico de derechos humanos con perspectiva de género y observar principalmente los derechos sexuales y reproductivos para sensibilizar al personal médico, de enfermería y administrativo de todos los hospitales de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y Clínicas de los Servicios de Salud del Distrito Federal.

Resulta indispensable que la Secretaría de Salud del Distrito Federal genere un mecanismo de información y evaluación permanente que permita formar al personal médico residentes en el

<sup>459</sup> Corte IDH. *Caso Bámaca Velázquez vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie "C". No. 70, párrafo 40.

<sup>460</sup> Ver Anexo II, 1.



desarrollo de una cultura del respeto a los derechos humanos con perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en la cual se les permita identificar las acciones que generan violencia obstétrica, a fin de incidir en su erradicación.

A todo lo anteriormente mencionado, es menester desarrollar nuevos esquemas de política pública para atender a mujeres que acuden a los nosocomios de la red de salud pública del Distrito Federal por una urgencia obstétrica, en los siguientes términos:

La creación de áreas y protocolos de atención médica especializada para la atención de emergencias obstétricas que se encarguen de monitorear todos los casos de mujeres que lleguen a la red de nosocomios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de analizar cada caso de manera particular, para realizar de manera posterior inmediata y sin margen de error, la acción más pertinente conforme a tres posibilidades que se han detectado en todos y cada uno de los casos que han sido planteados ante este Organismo, mismas que a continuación se explican:

- Ingresar de manera inmediata a la persona paciente por tratarse de una emergencia obstétrica real que puede ser tratada en ese mismo hospital;
- En caso de tratarse de una emergencia obstétrica real pero no hay espacio en ese hospital o no se cuenta con los recursos humanos y materiales para su debida atención, referir mediante el Sistema implementado, a la paciente de manera eficiente e inmediata a un hospital de la misma red local o del Sistema de Salud Federal, sin dar por concluido el caso hasta que se logre la referida canalización.
- En caso de que no se trate de una emergencia obstétrica real, se deberá mantener vigilada a la paciente, a efecto de poder intervenir de manera inmediata en caso de que su condición obstétrica se llegara a complicar.

En este orden de ideas, para el caso de mujeres adolescentes embarazadas y tomando en consideración que se requiere de atención especializada por el riesgo que ello implica, se debe capacitar adicional a los temas comentados al personal de salud y administrativo de los nosocomios que las atienden en derechos de los niños, niñas y adolescentes, crear un protocolo y habilitar un área especializada de atención médica obstétrica para mujeres embarazadas adolescentes.

Por último, y tomando en consideración que en muchos de los casos aquí señalados los embarazos se desarrollaron sin ningún contratiempo y que las dificultades se presentaron al momento de atender el parto, es necesario que la Secretaría de Salud del Distrito Federal contemple el desarrollo de los mecanismos alternativos para el trabajo de parto normal, como es la ampliación de sus instalaciones o la creación de un centro para la atención del parto humanizado, que contemple desde el seguimiento al embarazo, la educación perinatal, atención del parto y puerperio, con la atención de parteras certificadas en este esquema y la supervisión de un médico especializado para atender cualquier situación de emergencia que pudiera presentarse.

Por lo anterior, y con fundamento en los artículos 1° y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2° primer párrafo, 5°, 6°, 17 fracción IV, 22 fracción IX, 24 fracción IV, 45, 46, 47, 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, sí como en los artículos 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142 y 144 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,



## VIII. Recomienda:

### A la Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Primero.** Dentro del plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se indemnice a las víctimas directas o indirectas, según sea el caso, por concepto de daño material e inmaterial, considerando la situación específica de cada caso, y lo señalado en el apartado VIII del presente instrumento recomendatorio. Para dicha reparación se deben tener en cuenta las características de las víctimas (como edad, género y situación económica), las violaciones que sufrieron y las consecuencias físicas y emocionales de las mismas.

**Segundo.** Dentro del plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se proporcione a las personas agraviadas "A", "K" y "Ñ", atención a su salud emocional y física, relacionada con la problemática que presentan por la histerectomía que se les realizó.

**Tercero.** Dentro del plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se proporcione a la persona agraviada "V", atención a su salud emocional y física, relacionada con la problemática que presenta por la salpingoclasia que se le realizó sin su consentimiento.

**Cuarto.** Dentro del plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se proporcione a las personas agraviadas "B" y "E" atención a su salud emocional y física, relacionada con el deceso de su hijo o hija, según sea el caso.

**Quinto.** En un plazo máximo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se realicen las gestiones necesarias para incluir a las víctimas que así lo requieran, a los programas sociales del Gobierno del Distrito Federal de su elección.

**Sexto.** En un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se garantice, en los casos "D", "E", "F", "N", "R", "T" y "V", por escrito, el otorgamiento de atención médica necesaria y gratuita así como su tratamiento, por parte de la Sedesa o de otra instancia, en su caso, cuando las personas agraviadas lo requieran como consecuencia de las afectaciones sufridas.

**Séptimo.** Para todos los casos en que las personas agraviadas y sus familiares así lo requieran, en un plazo de 15 días hábiles, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, realice la valoración a fin de determinar el tratamiento psicológico que necesiten, para que en un plazo de 30 días hábiles posteriores a dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias con el objeto de que las personas que así lo decidan, inicien su tratamiento en la institución pública o privada de su

elección, y se garantice que puedan continuarlo hasta su total restablecimiento o hasta que las víctimas decidan concluirlo.

**Octavo.** En un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal capacite al personal que se desempeña en la prestación de los servicios de salud materno infantil (personal administrativo, de trabajo social, médico y de enfermería), en los temas de:

- a) Sus derechos y obligaciones, durante la prestación del servicio para la atención de embarazos, partos y puerperios, con la finalidad de prevenir la práctica de la violencia obstétrica e incidir en su erradicación;
- b) Derechos humanos y derechos reproductivos, con perspectiva de género;
- c) Derechos de la niñez, en particular, los derechos de las mujeres embarazadas adolescentes.

Los contenidos de dicha capacitación deberán contar con el visto bueno de la Dirección Ejecutiva de Educación por los Derechos Humanos de esta Comisión.

**Noveno.** En un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de personal especializado en derechos humanos y perspectiva de género, realice una investigación de carácter objetiva e imparcial para definir y medir el maltrato en los centros de salud y hospitales públicos adscritos a esa Secretaría, en los que se brinda atención del embarazo, parto y puerperio, para obtener datos acerca de los servicios de salud e identificar las prácticas que deben erradicarse y las acciones que deban emprenderse para tal efecto. En dicho estudio se deberá considerar la opinión de las mujeres usuarias de dichos servicios, así como solicitar la participación de los institutos de las Mujeres y de la Juventud, ambos del Distrito Federal, y de organizaciones de la sociedad civil relacionadas con este tema.

**Décimo.** En un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la elaboración del estudio requerido en el punto anterior, la Secretaría de Salud del Distrito Federal elabore un programa de acción encaminado a erradicar las prácticas de maltrato que hayan sido identificadas, con base en estándares de derechos humanos y normas éticas de la atención médica.

**Undécimo.** En un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal diseñe e implemente una campaña de sensibilización dirigida a las personas usuarias y al personal de salud sobre los actos que constituyen violencia obstétrica, los derechos de las personas usuarias, las instancias a las que pueden acudir para formular denuncias, así como las responsabilidades que tienen al respecto las y



los servidores públicos, resaltando el derecho de las mujeres a una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo, parto y puerperio.

Para el diseño de esta campaña la Sedesa deberá solicitar la participación de los institutos de las Mujeres y de la Juventud, ambos del Distrito Federal, y de tener en cuenta que el lenguaje así como las imágenes que en su caso se utilicen garanticen el respeto de los derechos humanos.

Los contenidos de dicha campaña deberán contar con el visto bueno de esta Comisión.

**Duodécimo.** En un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, y con el propósito de que en ningún caso se quede alguna mujer embarazada y/o parturienta sin la atención médica que necesite, desarrolle un protocolo y un área especializada para la atención de emergencias obstétricas en todos los hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se brinde este tipo de atención médica, la cual será el primer contacto con estas pacientes y se hará cargo de monitorear todos los casos de mujeres que lleguen solicitando este tipo de servicio médico en dichos hospitales, para analizar cada caso de manera particular y determinar de manera inmediata la acción más pertinente para su debida atención médica, conforme a las medidas que a continuación se enlistan:

- 1.- Ingresar de manera inmediata a la paciente por tratarse de una emergencia obstétrica real que puede ser tratada en ese mismo hospital;
- 2.- En caso de tratarse de una emergencia obstétrica real pero no hubiera espacio en ese hospital o no se cuenten con los recursos humanos y materiales para su debida atención, canalizar a la paciente de manera eficiente e inmediata a un hospital de la misma red local o del Sistema de Salud Federal, sin dar por concluido el caso hasta que se logre la referida canalización;
- 3.- En caso de que no se trate de una emergencia obstétrica real, se mantenga el debido monitoreo sobre la paciente, a efecto de poder intervenir de manera inmediata en caso de que su condición obstétrica se llegara a complicar.

**Decimotercero.** En un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, desarrolle un protocolo para la atención especializada de mujeres adolescentes embarazadas en todos los hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se brinde este tipo de atención médica, haciéndolo del conocimiento del personal de dichos centros e instruyendo su observancia.

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 la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación, que dispone de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se le notifique, para que manifieste si la acepta o no, en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispondrá 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.

Con fundamento en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la presente Recomendación tiene el carácter de pública.

Así lo determina y firma,

La Presidenta de la Comisión de Derechos  
Humanos del Distrito Federal,

**Dra. Perla Gómez Gallardo**

C.c.p. Dr. Miguel Ángel Mancera, Jefe de Gobierno del Distrito Federal. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip .Cipactli Dinorah Pizano Osorio, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Para su conocimiento.