



Recomendación 7/2017

Expedientes:

CDHDF/III/122/MC/15/D3027
CDHDF/III/122/AO/15/D5021
CDHDF/III/121/TLAH/16/D0577
CDHDF/III/122/AO/16/N1640
CDHDF/III/122/MC/16/D4754

Caso:

Inadecuada atención médica y violencia obstétrica, en agravio de mujeres embarazadas que requirieron servicios de salud pública en la Ciudad de México durante el parto y el puerperio, que además vulneró su derecho a la integridad personal y, en un caso, su derecho a la vida.

Personas peticionarias:

Personas usuarias y familiares de las usuarias de los servicios de salud de la Ciudad de México, identificadas como: F1, F2, F3, F4 y F5.

Personas agraviadas:

Persona agraviada A,
Víctima indirecta A1,
Persona agraviada adolescente B,
Persona agraviada C,
Persona agraviada D,
Persona agraviada entonces recién nacida D1 y;
Persona agraviada E.

Autoridades responsables:

Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Autoridad colaboradora:

Asamblea Legislativa del Distrito Federal

Derechos humanos violados:

- I. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, durante el embarazo, parto y puerperio.



- II. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en relación con el derecho a la vida.
- III. Derecho a la integridad personal.

Proemio y autoridad responsable

En la Ciudad de México, a 31 de agosto de 2017, 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 (en adelante CPEUM); 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 del Distrito Federal, así como en los artículos 82, 119, 120, y 136 al 142 de su Reglamento Interno, constituye la **Recomendación 7/2017** que se dirige a la autoridad siguiente:

Dr. José Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, conforme a lo dispuesto por los artículos 15, fracción VII, 16, 17, 29 fracciones I, II, III, IV, V, VIII, IX, XI y XIX de La Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, y 24 fracciones I, III, V, VII, VIII, X, XI, XV, XVI, XVII y XX de la Ley de Salud del Distrito Federal.

Confidencialidad de los datos personales

De conformidad con los artículos 6, Apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos 2, 6, fracciones XII, XXII y XXIII, 8, 24, fracción XXIII, 183, fracción I, 186 y 191 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, los artículos 2 y 5, de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se informó a las personas agraviadas y a la víctima indirecta 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 4º, párrafo noveno, 6º, apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 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

I.1. Contexto: Antecedentes de los hechos que motivaron esta Recomendación

De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), alrededor del mundo una de cada tres mujeres ha padecido durante su vida algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o por un tercero.¹

Durante la atención institucional del parto, la violencia obstétrica comprende la violencia física que se ve materializada en prácticas invasivas, como los tactos vaginales; suministro de medicamento no justificado; el no respeto a los tiempos del parto biológico; el manejo del dolor como castigo durante el parto²; o inclusive puede desencadenar en actos que constituyen tratos crueles e inhumanos o tortura, y; la violencia psicológica, que se consuma mediante actos tendientes a infligir maltrato verbal, discriminación, humillaciones, tales como insultos, burlas, regaños y omisiones de información durante alguna de las etapas de embarazo, parto y puerperio. Lo que genera afectaciones de tipo emocional en las mujeres al haber sido violentadas, dañando en muchas ocasiones las relaciones interpersonales con sus familiares.

En México no existen estudios o informes cuantitativos sobre violencia obstétrica, a pesar de ser ésta una de las característica más representativas de la violencia de género, la cual implica una violencia institucional, a partir del trato deshumanizado hacia las mujeres desde el período de gestación hasta después del parto, que afecta de manera directa o indirecta su cuerpo y procesos reproductivos.³ La inexistencia de indicadores certeros que reflejen las violaciones a derechos humanos de las mujeres que cursan embarazos en instituciones de salud no permite conocer la magnitud, aunado al desconocimiento que tienen sobre sus derechos durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la falta de denuncias o quejas respecto de la violencia obstétrica; lo anterior, ya que existe una normalización de los malos tratos en contra de ellas en esta etapa, por parte de los prestadores de servicios de salud.

Esto invisibiliza la violencia en contra de las mujeres en el contexto de la atención médica, que en muchos casos incluso deriva en el fallecimiento cuando son atendidas en hospitales públicos o privados. Si bien, la mortalidad materna en la Ciudad de México disminuyó de 2006 a 2014 en un 29%⁴, el Observatorio de Mortalidad Materna en México por sus siglas OMM en 2014 tiene registro de que a nivel nacional ocurrieron 872 defunciones maternas, de las cuales 56 acontecieron en esta ciudad.⁵

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

² Villanueva-Egan, Luis Alberto, "El maltrato de las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", en Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p.148. Disponible en <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516> [Consulta: 04 de agosto de 2017].

³ Cámara de Diputados, LXIII Legislatura, Boletín N°. 2575, México ocupa primeros lugares en violencia obstétrica, Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Noviembre/18/2575-Mexico-ocupa-primeros-lugares-en-violencia-obstetrica>.

⁴ Boletín, 10 de mayo de 2015 "Disminuye 29.9 por ciento la mortalidad materna en CDMX: Sedesa" Disponible en:

⁵ Indicadores 2014 de Mortalidad Materna en México del Observatorio de Mortalidad Materna. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES_2014_Web.pdf [Consulta: 04 de agosto de 2017.]

El problema adquiere grandes dimensiones al considerar que, de acuerdo al último censo realizado en el año 2010, el 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México necesitó atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, por lo que, pudo haber sufrido violencia obstétrica por parte de personal médico adscrito al sistema de salud federal o local sin que ésta haya sido denunciada. Por su parte, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico registró entre los años 2000 y 2012 el mayor número de quejas por mala práctica médica, con 2,877 quejas concluidas, las cuales correspondieron a la rama gineco-obstetra.⁶

De acuerdo con el Programa de Salud Materna y Perinatal, para el periodo 2013-2018, la muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, de las cuales, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención.⁷

Si bien, a nivel nacional el mismo programa establece como objetivo principal que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, en particular los relativos a la salud materna y perinatal,⁸ según datos del Grupo Independiente de Reproducción Elegida (en adelante GIRE), simplemente en la Ciudad de México, al año 2015, se había presentado, a partir de un escrito de queja ante una unidad de contraloría interna de la Secretaría de Salud local, 18 quejas por concepto de violencia obstétrica.⁹ Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha documentado diversos casos de violencia obstétrica en hospitales públicos del país¹⁰; en su recién emitida Recomendación General No. 31/2017 *Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, puso de manifiesto esa situación y destacó la importancia de visibilizar esa situación, no con la finalidad de criminalizar ni estigmatizar la labor médica, sino de contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica.¹¹

Cabe resaltar que, el discurso médico dominante concibe de manera general, que toda práctica médica que afecte o vulnere a las pacientes en relación a la atención médica que reciban antes, durante o después del parto, únicamente se relaciona con cuestiones de calidad de la atención y no son vistas como violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el marco de los servicios de salud¹², lo que constituye un tipo de violencia institucionalizada, que se complementa directamente con lo señalado por la OMS, la cual ha destacado que la violencia contra las mujeres representa un problema de salud pública y de violación a derechos humanos.¹³

⁶ Castro Roberto, Erviti Joaquina; 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, pág. 38.

⁷ Salud materna y perinatal, página 31, disponible en:

http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

⁸ Salud materna y perinatal, página 16, disponible en:

http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

⁹ GIRE, Informe "Violencia Obstétrica, un enfoque de derechos humanos", pág. 69. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

¹⁰ Véase, CNDH, Recomendaciones generales 31/2017, 61/2016, 58/2016, 33/2016, entre otras.

¹¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. 31 de julio de 2017, párrafo 222.

¹² Revista CONAMED, vol. 19, núm 1, enero-marzo 2014, pág. 38.

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

La presente Recomendación da cuenta de cinco casos documentados entre los años 2015 y 2016, en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, por mujeres que recibieron atención médica prenatal previa y cursaban embarazos sin complicaciones aparentes. Sin embargo, fueron víctimas de violaciones a sus derechos humanos en la última etapa del embarazo, parto o puerperio durante su estancia en una institución hospitalaria pública de la Ciudad de México, específicamente en el Centro de Salud T-III Cuajimalpa, el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, los Hospitales Materno Infantil Magdalena Contreras y Tláhuac a donde acudieron para recibir la atención médica que requerían.

En general, los casos son coincidentes con un patrón de deficiencias estructurales que generó un inadecuado tratamiento médico, retraso en la atención a las mujeres o recién nacidos, así como una serie de conductas institucionales que vistas en contexto y de forma estructural, son cotidianas en los hospitales públicos de la Ciudad de México tal y como ha quedado acreditado en las recomendaciones 10/2006, 13/2006, 02/2009, 07/2011, 15/2012, 3/2015, debido a la actuación insensible o de maltrato por parte del personal que labora en las instituciones de salud materia de la presente Recomendación, en agravio de los derechos de las mujeres al más alto nivel posible de salud a recibir atención médica de calidad, durante el embarazo, parto, y puerperio y a vivir una vida libre de violencia.

Los hechos que configuran violaciones a los derechos humanos de las personas agraviadas A, B, C, D, D1 y E constan en los expedientes clínicos de los hospitales públicos de la Ciudad de México, en donde requirieron servicios de salud obstétrica.

I.2. Hechos que dieron origen a la investigación.

Caso 1.

Expediente CDHDF/III/122/MC/15/D3027

Persona agraviada A

Víctima indirecta A1

El 12 de mayo de 2015 a las 13:29 horas, la persona agraviada A, acudió al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal (en adelante, SEDESA) cursando la semana 39 de gestación de su segundo embarazo, detectándosele frecuencia cardíaca fetal elevada, por lo que se decide su internación en dicho hospital. El 14 de mayo de 2015 a las 9:56 horas se determina que al no ser candidata a inducto-conducción del parto por antecedente de cesárea y alto riesgo de ruptura uterina, "se decide pasar a la unidad de toco cirugía para interrupción del embarazo vía abdominal". Posteriormente, a las 10:22 horas del mismo día, se envía a la persona agraviada A al área antes mencionada en donde se señaló que se valoraría y decidiría de acuerdo a su evolución y tiempos, ya que había otras urgencias, sin que se integrara completamente su expediente clínico.

A las 14:04 horas del mismo 14 de mayo de 2015, la persona agraviada A ingresó a quirófano donde fue monitoreada su evolución, a las 16:18 horas de ese día se inicia cirugía; el hijo de la persona agraviada A nació a las 16:21 horas, terminando el procedimiento quirúrgico a las 17:00 horas. Durante la estancia en el quirófano, la persona agraviada A presentó hipotensión y una supuesta reacción anafiláctica al látex, por lo que se quedó en ese sitio para observación mientras le suministraban medicamento para atender dicha manifestación, dejando de observar y vigilar el



estado del útero y la pérdida de líquidos.

Posterior al parto, a las 17:57 horas del día en comento, la persona agraviada A presentó expulsión de coágulos e hipotonía uterina¹⁴, con sangrado de 400 ml, sin que se integrara su valoración preanestésica, por lo que a las 18:30 horas del 14 de mayo de 2015 se solicitó el traslado de la persona agraviada A, a un hospital de tercer nivel, así como paquetes globulares y plasma, ya que en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras no se contaba con banco de sangre. A las 18:35 horas del mismo día se le realizó una segunda intervención quirúrgica utilizando nuevamente guantes de látex, toda vez que el Hospital no contaba con guantes de silicón. Durante la cirugía se observó sangrado vaginal anormal; motivo por el cual a las 19:35 horas se le practicó histerectomía subtotal por hemorragia e hipotensión, con pérdida total de sangre de 6 000 ml, causante de shock hipovolémico.

El mismo 14 de mayo de 2015, a las 20:25 horas, se recibieron los paquetes globulares y plasma, comenzando la transfusión y se solicitó el traslado de la persona agraviada A, teniendo contacto con el Hospital General "Dr. Rubén Leñero" a las 22:13 horas, en donde es aceptada.

A la 1:30 horas de 15 de mayo de 2015 se inicia el traslado de la persona agraviada A al Hospital General "Dr. Rubén Leñero", por personal del Centro Regulador de Urgencias Médicas, quien no utilizó el ventilador de la ambulancia al momento de la salida de la persona agraviada A del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras. Durante el traslado, la persona agraviada A presentó un choque hipovolémico "severo y prolongado secundario a hemorragia mayor después de cesárea iterativa que ameritó histerectomía", sin que el personal que realizó el traslado llevara a cabo maniobras de reanimación, falleciendo el 15 de mayo de 2015 a las 2:30 horas.

Caso 2.

Expediente CDHDF/III/122/AO/15/D5021

Persona adolescente agraviada B

La persona adolescente agraviada B, de 16 años de edad, cursaba aproximadamente la semana 38 de gestación de su primer embarazo. El 7 de mayo de 2015 acudió al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESA, donde se le realizaron tactos vaginales y fue diagnosticada con pródromos¹⁵; por lo anterior se señaló como plan de manejo contar con cita abierta, indicaciones de alarma obstétrica y medicamento en caso de presentar dolor, y fue enviada de vuelta a su domicilio.

Al continuar con los malestares obstétricos, la persona adolescente agraviada B acudió el 9 de mayo de 2015, dos días después, al Centro de Salud T III, en donde le indicaron que presentaba actividad uterina irregular y cervicovaginitis, por lo que le prescribieron óvulos para este último padecimiento y fue referida al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" para consulta externa no urgente. El mismo día, la persona adolescente agraviada B se presentó aproximadamente a las 21:00 horas en dicho Hospital con ruptura prematura de membranas, e ingresó a urgencias a las 22:40 horas al presentar dolor intenso de tipo obstétrico, pérdida de líquido vaginal, refiriendo no sentir movimiento fetal

¹⁴ Pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

¹⁵ Término médico que se refiere a los signos y síntomas tempranos antes de que aparezcan los síntomas específicos de trabajo de parto



desde las 20:00 horas; por lo que se le practicó tacto vaginal; asimismo, se detectó que no presentaba frecuencia cardíaca fetal.

A las 00:00 horas de 10 de mayo de 2015 se identificó que el producto de la gestación se encontraba en presentación pélvica, por lo que se decidió ingresar a la persona adolescente agraviada B a quirófano, se le practicó una cirugía de cesárea en la que se observó líquido amniótico mínimo y se obtuvo un producto de la gestación sin vida.

Durante el periodo de anestesia, la persona adolescente agraviada B presentó disminución de la tensión arterial, por lo que el médico especialista solicitó radiografía de tórax, electrocardiograma y que fuera valorada por el servicio de Medicina Interna ya que presentó trastornos de conducción y disminución de la tensión arterial. Sin embargo, se asentó que no se contaba con papel para realizar el electrocardiograma ni servicio de rayos X. Dentro del expediente clínico se anotó que le fue practicado el electrocardiograma, pero no se menciona si le fue practicada la radiografía de tórax ni que fuera valorada por Medicina Interna o Cardiología.

Durante la hospitalización de la persona adolescente agraviada B, no se le permitió estar acompañada de persona de su confianza; asimismo, personal médico y de enfermería realizó comentarios como "ya cállate, enderézate, porque así te estás lastimando tu sola", "ya señora, ya cállese", ante el dolor referido por la agraviada, "¡Ay puedes tener más!", refiriéndose a la muerte fetal y "si ya se murió", impidiéndole realizar actos de despedida ante su pérdida.

El 12 de mayo de 2015, la persona adolescente agraviada B fue dada de alta, con indicaciones de cuidados de herida quirúrgica, cita abierta a Urgencias y retiro de puntos en su Centro de Salud. No se citó a la consulta externa de Cardiología ni Medicina Interna.

Actualmente la persona adolescente agraviada B presenta afectación a su estado psicoemocional, derivado de la atención médica que recibió durante su embarazo, parto y puerperio.

Caso 3

Expediente CDHDF/III/121/TLAH/16/D0577

Persona agraviada C

La persona agraviada C de 18 años de edad, cursaba su segundo embarazo de aproximadamente 36 semanas. Ingresó al Hospital Materno Infantil Tláhuac de la SEDESA el 19 de enero de 2016; a las 13:47 horas, presentó actividad uterina, por lo que a las 14:40 horas de ese mismo día se le suministró ketorolaco. Más tarde, a las 15:15 horas, la persona agraviada C presentó taquicardia fetal de 160 latidos por minuto, suministrándosele indometacina, medicamento que estaba contraindicado.

Ese mismo día, a las 20:35 horas, se registró Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) de 157-169, disminuyendo a 150 a las 00:48 horas de 20 de enero de 2016, por lo que no se cumplía con los criterios de bienestar fetal, permaneciendo sin revisión y sin que se documentara la frecuencia cardíaca fetal hasta que, a las 7:20 horas la persona agraviada C refirió que desde las 6 horas de ese mismo día no percibía movimientos fetales, por lo cual se solicitó la toma de ultrasonido urgente. A las 8:00 horas del día se reportó "ultrasonido con producto único, óbito, sin actividad somática, sin actividad cardíaca", por lo cual se le ingresó al área de tococirugía.



El 21 de enero de 2016 a las 17:58 horas, ante la falta de evolución de la expulsión del producto por vía vaginal, se ingresó a la persona agraviada C a la sala de expulsión donde se le realizó cesárea y se obtuvo un producto sin vida, debido a la falta de circulación feto-placentaria; en dicha intervención quirúrgica, ella presentó un sangrado normal de 300 ml; se le practicó un pinzamiento de arterias uterinas y se solicitó su traslado a un hospital de tercer nivel, ya que en el Hospital Materno Infantil Tláhuac no se contaba con banco de sangre y la persona agraviada C presentaba riesgo de hemorragia obstétrica.

Durante su estancia en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, personal médico y de enfermería le realizó diversos comentarios a la persona agraviada C, tales como "¡ay! yo no sé para que se embarazan, si no van a llevar su control" y que si el producto venía mal sería culpa de la agraviada, respondiendo además de mala manera ante sus preguntas; asimismo le practicaron tactos vaginales en diversas ocasiones, le suministraron medicamento sin indicarle para qué o de qué se trataba y la hicieron firmar documentos cuando recién acababa de despertar.

La persona agraviada C fue trasladada al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", de donde egresó el 23 de enero de 2016. Ese mismo día se le practicó necropsia al producto y se concluyó que éste era viable. Derivado de los hechos, presenta afectaciones psicoemocionales.

Caso 4.

Expediente CDHDF/III/122/AO/16/N1640

Persona agraviada D

Persona agraviada entonces recién nacida D1

El 8 de febrero de 2016 a las 19:14 horas, la persona agraviada D, de 19 años de edad y con primer embarazo de 40 semanas de gestación, ingresó al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" de la SEDESA, al presentar actividad uterina irregular. A las 00:30 horas del 9 de febrero de 2016, médicos residentes le suministraron oxitocina, sin que en el expediente clínico conste que se le haya realizado valoración médica previa que indicara la necesidad de administrar dicho medicamento y a pesar de que tenía un diagnóstico de desproporción cefalopélvica.

A la persona agraviada D se le practicaron varias veces tactos vaginales hasta que alrededor de la 1:00 horas de 9 de febrero de 2016, personal del citado hospital le indicó que había suficiente dilatación. Posteriormente, la persona agraviada D solicitó que se le practicara una cesárea porque sentía mucho dolor, no obstante, personal del hospital le dijo que sería un parto natural, por lo cual la trasladaron a la sala de partos. Ahí la agraviada comenzó a gritar por el dolor que sentía, situación ante la cual el personal médico que la estaba atendiendo le dijo que se callara y no gritara.

A las 7:34 horas del mismo 9 de febrero de 2016, al prolongarse el periodo expulsivo vía vaginal de la persona agraviada D que provocó sufrimiento fetal agudo, fue conducida a la sala de expulsión, en donde utilizaron fórceps para la extracción del producto aun cuando se había diagnosticado desproporción cefalopélvica, procediendo los médicos a presionar el vientre para mover el producto y poder extraerlo; no obstante, dicha práctica no tuvo éxito, por lo que se decidió practicarle una cesárea de urgencia.



A las 8:39 horas de 9 de febrero de 2016, nació la persona agraviada entonces recién nacida D1, sin presentar frecuencia cardíaca, por lo que le realizaron maniobras de reanimación a las que respondió satisfactoriamente, siendo entonces trasladada al área de Cuidados Intensivos Neonatales, de donde fue enviada a un centro de rehabilitación ante posibles secuelas neurológicas a mediano y largo plazo derivadas de la asfixia perinatal, asociadas con el periodo expulsivo prolongado y lesiones asociadas a vía de nacimiento.

Luego del parto, llevaron a la persona agraviada D a sala de recuperación del hospital, sin que recibiera información respecto del estado de salud de su hijo, siendo dada de alta el 12 de febrero de 2016; pudo tener contacto con la persona agraviada entonces recién nacida D1 unos días antes de que ésta fuera dada de alta.

La persona agraviada D presentó síntomas de depresión y ansiedad, incluso se pudo documentar un nivel “moderado” de depresión; síntomas de estrés postraumático los cuales aún presenta, derivado de los hechos que vivió durante el parto.

Caso 5.
Expediente CDHDF/III/122/MC/16/D4754
Persona agraviada E

La persona agraviada E de 26 años de edad, ingresó al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras de la SEDESA, el 11 de junio de 2016 a las 6:44 horas, al encontrarse en la semana 32 de gestación y presentar presión arterial alta y datos de vasoespasmo, refiriendo además la agraviada antecedentes de preclamsia, sin que le informaran que en ese nosocomio no contaban con los insumos necesarios para atender urgencias obstétricas. Únicamente se le suministró medicamento para controlar la presión arterial y no le brindaron vigilancia intensiva del binomio materno fetal. El 13 de junio de 2016 a las 9:30 horas se solicitó el traslado al tercer nivel de atención con pronóstico “malo/reservado”.

El mismo 13 de junio de 2016, personal médico del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras recabó el consentimiento informado de la persona agraviada E para la práctica de un método anticonceptivo, a pesar de la urgencia obstétrica en la que se encontraba en ese momento, siendo trasladada a la Clínica Hospital “Emiliano Zapata”. Ese mismo día a las 13:50 horas, le realizaron una cirugía cesárea de urgencia por presentar oligohidramnios¹⁶, estando en riesgo el binomio materno fetal y se le practicó además Oclusión Tubaria Bilateral. Asimismo, cuando la estaban suturando, ésta le manifestó al médico que sentía dolor, respondiendo éste que se “aguantara un poco pues ya casi terminaba”. Adicionalmente, durante; su hospitalización le realizaron rasurado del vello púbico sin su consentimiento.

Su hijo nació el 13 de junio de 2016 a las 12:55 horas, e ingresó a las 14:00 horas al área de cuidados intensivos, debido a que presentó problemas respiratorios; sin que le brindaran información a la persona agraviada E acerca de su estado de salud; inclusive los médicos y personal de enfermería se tornaban molestos cuando les preguntaba por su hijo, limitándose a decirle que “todo estaba bien” y que “ya se iba a ir”. El hijo de la persona agraviada E, falleció el 14 de junio de 2016 a causa de enfermedad de membrana hialina y prematuridad.

¹⁶ Se considera como uno de los criterios de severidad y agravamiento de la preclamsia.

Derivado de los hechos, la persona agraviada E presentó sintomatología depresiva moderada, además de la presencia de síntomas ansiosos que están estrechamente relacionados con los eventos de violencia obstétrica.

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

Las Instituciones Públicas de Derechos Humanos, como esta Comisión, son medios *cuasi* jurisdiccionales. Su competencia está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución. Así, este organismo forma parte del conjunto institucional del Estado Mexicano de salvaguarda de los derechos humanos de las personas que habitan y transitan en la Ciudad de México. Por lo anterior, le corresponde a esta Comisión, a través de su procedimiento, establecer la responsabilidad por la violación de los derechos humanos cometidas por autoridades de la Ciudad de México.

En atención a lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución; 2 y 3 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,¹⁷ y 11 del Reglamento Interno de este Organismo, además de los denominados Principios de París,¹⁸ la CDHDF es un Organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiene por objeto la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano que incluye los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Asimismo, le incumbe en exclusiva determinar los derechos que han sido violados, así como interpretar los alcances y límites de sus propias facultades, conforme al principio de competencia de la competencia —*compétence de la compétence*—¹⁹. Por tanto, la validez de la competencia de la CDHDF no está sujeta a la interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo examen de esta Comisión.

En ese tenor, la Comisión se declara competente para conocer y pronunciarse respecto a las presentes investigaciones:

- a) En razón de la materia —*ratione materiae*—, debido a que esta Comisión presumió las

¹⁷El artículo 2 señala 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."

¹⁸ Véase la Resolución A/RES/48/134 de 04 de marzo de 1994. Principios relativos a las instituciones nacionales de protección y promoción de los Derechos Humanos [Principios de París], que establece en su apartado A, punto 3, inciso b, como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de Derechos Humanos la protección y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el Derecho Internacional de la materia.

¹⁹ El principio de competencia de la competencia quiere decir que el ente tiene la facultad de pronunciarse respecto de su propia competencia; éste principio se establece en la Convención Americana sobre Derechos Humanos [artículo 62, inciso 3.], en la jurisprudencia de la Corte Interamericana Cfr. Corte IDH. *Caso Hilaire vs. Trinidad y Tobago*. Excepciones Preliminares. Sentencia del 1 de septiembre de 2001. Serie C, No. 80, párrafo 78 y *Caso Hermanas Serrano Cruz vs. El Salvador*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 23 de noviembre de 2004. Serie C, No. 118, párrafo 3, y ha sido adoptada por la práctica arbitral y judicial.

violaciones al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, vinculado con el derecho a la vida, derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y derecho a la integridad personal, en agravio de mujeres embarazadas que requirieron servicios de salud pública en la Ciudad de México durante el parto y el puerperio. Asimismo, se presumió la violación al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, por la violencia obstétrica a la que fueron sometidas durante el embarazo, parto, y puerperio, durante su estancia en instituciones de salud pública de esta Ciudad.

- b) En razón de la persona *-ratione personae-*, ya que la vulneración a los derechos humanos referidos fue atribuida a servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA).
- c) En razón del lugar *-ratione loci-*, debido a que los hechos se circunscriben al territorio de la Ciudad de México.
- d) En razón de tiempo *-ratione temporis-*, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos, sucedieron con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo público autónomo.

III. Hipótesis de investigación

Una vez analizados los hechos motivo de las investigaciones 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 iniciaron los procedimientos de investigación en cada caso. Al respecto, se comprobaron las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México otorgó una atención médica de mala calidad, con diagnósticos y/o tratamientos inadecuados e inoportunos, a las personas agraviadas B, C, D y E, mujeres embarazadas entre ellas, una adolescente y a la persona agraviada entonces recién nacida D1 al momento en que acudieron al Centro de Salud T-III Cuajimalpa, a los Hospitales públicos General Enrique Cabrera, Materno Infantil Tláhuac y Materno Infantil Magdalena Contreras para la atención del parto, lo cual constituyó una violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México otorgó a la Persona Agraviada A una atención médica de mala calidad, con un diagnóstico inadecuado e inoportuno, lo cual constituyó una violación a su derecho a la salud que derivó en una violación a su derecho a la vida, ya que falleció durante el puerperio.
3. Personal adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México omitió garantizar la disponibilidad de insumos básicos para hospitales de segundo nivel, como papel para realizar rayos x y electrocardiograma en el Hospital General Enrique Cabrera, lo cual constituye una violación al derecho a la salud, que afectó a las personas agraviadas A y B, respectivamente.



4. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México brindó un trato deshumanizado y una atención negligente, realizó acciones y omisiones que dañaron y denigraron a las mujeres agraviadas, entre ellas a una adolescente, durante la atención médica que solicitaron en el Centro de Salud T-III Cuajimalpa y los hospitales públicos General Enrique Cabrera, Materno Infantil Tláhuac y Materno Infantil Magdalena Contreras, durante el embarazo, parto y puerperio, violentando su derecho a una vida libre de violencia.
5. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México realizó acciones y omisiones que ocasionaron la muerte a la persona agraviada A, durante la atención médica brindada en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, durante el puerperio, lo cual vulneró su derecho a una vida libre de violencia, en relación con el derecho a la vida.
6. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México vulneró el derecho a la integridad de las personas agraviadas, en virtud de las afectaciones físicas y psicológicas generadas con motivo de las violaciones a su derecho a la salud y a su derecho a una vida libre de violencia.
7. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México no recabó el consentimiento informado de la persona agraviada C, respecto de las consecuencias que tenía la administración de un medicamento para contrarrestar la taquicardia fetal, lo cual vulneró tanto su derecho a la salud, como su derecho a una vida libre de violencia.
8. Personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México omitió recabar el consentimiento informado de la persona agraviada E para el rasurado de vello púbico y le hizo firmar el consentimiento informado para la Oclusión Tubaria Bilateral en un momento inadecuado para brindarle consejería amplia e informada, lo cual constituye una violación a su derecho a una vida libre de violencia y a su derecho a la salud.

IV. Procedimiento de investigación

A efecto de corroborar las hipótesis planteadas por este Organismo, se llevaron a cabo las siguientes acciones para documentar los casos.

- Entrevistas a personas relacionadas con los hechos:

Entrevistas a personas agraviadas y peticionarias.

Entrevistas a servidoras y servidores públicos relacionados con los hechos.

- Solicitudes a las autoridades:

Solicitudes de información a la Secretaría de Salud y a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

- Inspección y consulta:

Inspección de expedientes clínicos de las personas agraviadas A, B, C, D y E.

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

Solicitud y obtención de opiniones de personal médico de la CDHDF.

Elaboración, en 4 de los casos, de opiniones de impacto psicosocial a las víctimas.

V. Evidencia

Esta Comisión recabó evidencia con la que se basa y fundamenta la presente Recomendación, la cual se encuentra detallada en los documentos denominados Anexos 1, 2, 3, 4 y 5.

VI. Derechos violados

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

Es importante resaltar, los primeros tres párrafos del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), 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 país²⁰

La SCJN, señaló que para observar los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los

²⁰ 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.

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.²¹

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, así como las interpretaciones de los órganos creados por tratados internacionales de derechos humanos, la legislación nacional, el derecho comparado, así como las doctrinas de los publicistas de mayor competencia²², 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 siguiente²³:

[...] 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 [...]”.²⁴

²¹ 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.

²² El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia del cual México es parte señala en su artículo 38 que las fuentes del derecho internacional, así como las fuentes auxiliares, son las siguientes: “a) las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados [...]; b) la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho [...]”

²³ 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.

²⁴ SCJN. TESIS Núm. LXX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. SISTEMA DE CONTROL CONSTITUCIONAL EN EL

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, 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.

A continuación se desarrollan los derechos que esta Comisión considera como violados en los casos vinculados con la presente Recomendación:

VI.1. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito de la salud pública, durante el embarazo, parto y puerperio.

El derecho de las mujeres a vivir libres de violencia es un derecho que abre la posibilidad del efectivo ejercicio de otros derechos humanos, ya que busca garantizar que las mujeres sean libres de toda forma de discriminación y violencia, siendo estas últimas manifestaciones de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, lo que impide gravemente el goce de derechos y libertades en comparación con el otro género.²⁵

La violencia contra las mujeres ha sido conceptualizada en la normatividad como cualquier acción, conducta u omisión, basada en su género, derivada del uso y/o abuso del poder, que tenga por objeto o resultado un daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, la cual puede ser realizada por particulares o por el Estado, o tolerada por este último.²⁶ Al respecto, el Estado está obligado a eliminar toda violencia contra la mujer y no perpetrarla ni justificarla de ninguna forma,²⁷ adoptar medidas eficaces para impedir efectivamente esas conductas

ORDEN JURÍDICO MEXICANO. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

²⁵Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 2015, párr. 175; y Caso Rosendo Cantú y Otra vs. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 31 de agosto de 2010, párr. 120.

²⁶ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 5, Fracción IV; Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículo 3, Fracción XXI; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Belem do Para", Artículo 2.C; Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 226.

²⁷Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

y su reiteración²⁸, así como eliminar todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de la violencia contra la mujer.

A su vez, este derecho impone deberes especiales al Estado, determinables en función de las particulares necesidades de protección de la mujer, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre²⁹. Por lo tanto, el Estado tiene una obligación reforzada de prevenir, atender, sancionar y erradicar con la debida diligencia³⁰ la violencia contra las mujeres³¹ cuando se encuentren embarazadas, dado que es un estado de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, cuando se trata de mujeres adolescentes embarazadas, el Estado debe adoptar medidas especiales para protegerlas³² de "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación"³³; cuando la combinación de los factores de violencia contra la mujer y la minoría de edad converjan, se deberá actuar con estricta diligencia y en atención al interés superior de la niñez; debe proporcionarles la asistencia necesaria, asegurar el acceso a la atención y la educación sanitarias³⁴ y tomar "todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño [o la niña] se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición"³⁵, ya que la falta de servicios de salud reproductiva seguros, aceptables y de calidad "contribuye a que las adolescentes estén entre las mujeres que tienen mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves o permanente relacionadas con el embarazo precoz y el parto"³⁶.

La violencia contra la mujer se encuentra categorizada en la legislación nacional en las siguientes formas: psicoemocional, física, patrimonial, económica, sexual, contra los derechos reproductivos, violencia feminicida³⁷ o cualquier otra forma análoga que lesione la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.³⁸ Es preciso señalar que cuando las acciones u omisiones por parte de los agentes estatales configuran cualquiera de estos tipos de violencia contra las mujeres, se trata de **violencia institucional**, que es una modalidad de la violencia de género perpetrada por el Estado³⁹ y se refleja en los actos u omisiones que realicen las personas, en calidad de servidores públicos, de cualquier orden de gobierno, como puede ser la discriminación de la mujer, dilación, obstaculización, o impedimento del goce del ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, o del disfrute de

²⁸ Comité de Naciones Unidas contra la Tortura. Observación general n° 2, Aplicación del artículo 2 por los Estados partes, CAT/C/GC/2, 24 de enero de 2008, párr. 4

²⁹ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, Párrafo 88

³⁰ CIDH, El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación en Haití, OEA/Ser.L/V/II., 10 marzo 2009, párr. 80.

³¹ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 49, Fracción I.

³² ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de agosto de 2009, A/64/272, párr. 38.

³³ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 19.1.

³⁴ UNICEF, Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud del artículo 44 de la convención, CRC/C/MEX/CO/3, 8 junio de 2006, párrafo 51.

³⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 2.2

³⁶ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/32/32, 4 de abril de 2016, párr. 5.

³⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, Artículo 6.

³⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 6, Fracción VI.

³⁹ Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará", artículo 2, inciso c). Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, Artículo 3, fracción X.

políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.⁴⁰

Derivado de lo anterior, las mujeres pueden ser sometidas a violencia institucional a través de **violencia obstétrica**⁴¹, la cual comprende “toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio [...] también la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado [...] además del uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.⁴²

Asimismo, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Distrito Federal hace referencia a la **violencia contra los derechos reproductivos**, como “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres sobre su función reproductiva, [...] acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.⁴³ Como lo ha precisado la Relatora Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer, la violencia institucional contra los derechos reproductivos de las mujeres puede consistir en acciones u omisiones del Estado, en un contexto de salud reproductiva, que infligen a las mujeres daños físicos, psicológicos, reproductivos o de salud; esto incluye la omisión del Estado de prevenir y erradicar abusos perpetrados por personal médico y de salud⁴⁴.

Por lo tanto, este tipo de violencia acarrea la violación de diversos derechos humanos de las mujeres, como pueden ser el derecho a la salud, a la vida, a la integridad personal, a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a la igualdad y no discriminación, a la intimidad y vida privada y a la autonomía reproductiva.⁴⁵ Por lo que el Estado debe “adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole [...] para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos”⁴⁶.

Existen diversas modalidades de violencia obstétrica: a) física, que se configura cuando el personal médico practica procedimientos a la mujer sin su consentimiento libre e informado o innecesarios, incluyendo esterilizaciones forzadas;⁴⁷ b) psicológica, que comprende el trato deshumanizado,

⁴⁰ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, Artículo 7, Fracción V; y Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 18.

⁴¹ GIRE. Violencia obstétrica. Recuperado el 28 de junio de 2016 en: <https://informe.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>; Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, Artículo 3, fracciones X y XVI.

⁴² Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Boletín No. 5462: “Aprueba Comisión incorporar en la Ley el concepto de violencia obstétrica”. Publicado el 16 de abril de 2015 en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

⁴³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Artículo 6, Fracción VI.

⁴⁴ ONU. A Human Rights Based Approach to Maternal Mortality and Morbidity Contribution by Rashida Manjoo, UN Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MortalityAndMorbidity/SRViolenceAgainstWomen.pdf>

⁴⁵ OEA. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, adoptada en Belém Do Pará, 9 de junio de 1994.

⁴⁶ CEDAW. Recomendación General No. 24: artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud, 20° período de sesiones (02/02/1999), párr. 17

⁴⁷ GIRE. Violencia obstétrica. Recuperado el 28 de junio de 2016 en: <https://informe.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>

grosero, discriminatorio, o humillante, cuando la mujer va a pedir asesoramiento o atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica;⁴⁸ c) emocional, la cual se visibiliza en las secuelas causadas a las mujeres que han sido violentadas, repercutiendo, en ocasiones, en las relaciones interpersonales con sus familiares.

A nivel local, la Secretaría de Salud es la autoridad responsable de planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de atención materna e infantil⁴⁹, por lo que debe asegurarse que su personal se abstenga de realizar actos o prácticas de violencia contra las mujeres⁵⁰. Además, debe adoptar medidas integrales⁵¹ e instrumentar políticas, desde una perspectiva de género, para prevenir los factores de riesgo⁵². En especial, debe establecer las políticas necesarias para garantizar a las mujeres embarazadas una vida libre de violencia al desarrollar y operar políticas de prevención;⁵³ y garantizar que las mujeres dispongan de asistencia especializada, así como de estructuras de apoyo.⁵⁴

Por lo tanto, para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la Secretaría de Salud debe cumplir con diversas obligaciones, tales como:

- Proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y castigar todo acto de violencia contra la mujer;⁵⁵
- Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer, para garantizar el respeto de los derechos humanos de la mujer;⁵⁶
- Evitar prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados;⁵⁷
- Adoptar medidas preventivas en casos específicos en los que es evidente que determinadas mujeres pueden ser víctimas de violencia⁵⁸;

temas/violencia-obstetrica

⁴⁸ 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].

⁴⁹ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 17

⁵⁰ Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará", artículo 7, inciso a); Ley de Centros de Reclusión, Artículo 15, fracción XIII, Artículo 19 y Artículo 22.

⁵¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). *Derecho de la mujer a una vida libre de discriminación y violencia. Las autoridades se encuentran obligadas a adoptar medidas integrales con perspectiva de género para cumplir con la debida diligencia en su actuación*. Primera Sala. Tesis aislada. 1a. CLX/2015 (10a.). Mayo de 2015.

⁵² CIDH, El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación en Haití, OEA/Ser.L/V/II., 10 marzo 2009, párr. 80; Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará", artículo 7, inciso b).

⁵³ Corte IDH. Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No.205, párr. 258.

⁵⁴ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

⁵⁵ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Art. 4 inciso c) de la Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada en la 85 sesión plenaria de la AG el 20 de diciembre de 1993. Corte IDH. Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 242; Corte IDH. Caso González y Otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 541 y 542.

⁵⁶ CEDAW, Recomendación General N° 24, Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud, 20° periodo de sesiones, 1999, párr. 31, inciso d).

⁵⁷ UNESCO. Ley de Parto Humanizado en: La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética, año 4, enero – junio 2013.

- Reunir datos y elaborar estadísticas sobre la violencia obstétrica.⁵⁹
- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal⁶⁰.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud⁶¹ ha sido enfática en la necesidad de eliminar una serie de prácticas violentas, que son inefficientes y claramente nocivas, antes y durante el embarazo, como son:

- Realizar rasurado del vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- La inducción del parto sin que existan indicaciones médicas específicas. Contraviniendo que en ningún país debe existir más de un 10% de inducciones.
- La administración rutinaria de analgésicos o anestésicos sin justificación alguna.
- Examinación vaginal reiterada o frecuente, o en más de una cavidad sin justificación alguna.

En este sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993⁶², sobre Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, enfatiza estos criterios al establecer entre otras acciones, que:

- No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;
- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;
- En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;
- Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;
- El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer.

Adicionalmente, el Estado está obligado a adoptar las medidas necesarias para que las mujeres puedan tomar decisiones por su cuenta en relación con su salud sexual y reproductiva, a través de información veraz y suficiente⁶³, sin coacción, violencia o discriminación alguna⁶⁴, toda vez que

⁵⁸ Corte IDH. Caso González y Otras (Campo Algodonero) vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 243 y 258.

⁵⁹ Corte IDH. Caso González y Otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 256.

⁶⁰ Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto, publicada en 1985.

⁶¹ Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto, publicada en 1985.

⁶² 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. Apartado 5.4.

⁶³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Artículo 5, fracción III.



proporcionarles información y asesoramiento sobre planificación familiar en momentos estresantes e inapropiados constituye una violación al derecho a una vida libre de violencia, que obstaculiza el ejercicio de su derecho a la salud y de sus derechos sexuales y reproductivos⁶⁵.

En ese sentido, el Estado debe garantizar que las mujeres adopten decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia⁶⁶, por lo tanto, "no debe permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento [...] que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa"⁶⁷. 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 ha destacado que las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento, que los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar exentos de coerción, discriminación o falta de información y las mujeres pueden rechazar los servicios, cuando son coercitivos e irrespetuosos de su autonomía, privacidad y confidencialidad, o bien cuando no se ha recibido la información correspondiente por parte de personal debidamente capacitado⁶⁸.

Incluso, el Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes ha señalado que la esterilización forzada "es un acto de violencia"⁶⁹ y que no tiene justificación ética aduciendo razones de emergencia médica, por lo que incluso, "en el caso de que un nuevo embarazo pudiese poner en peligro la vida o la salud de la madre, esta [...] debía disponer de tiempo y apoyo necesarios para sopesar su elección"⁷⁰.

Asimismo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, de la que México es parte, ha señalado que los médicos deben abstenerse de practicar procedimientos de esterilización cuando las mujeres no han sido previamente informadas, y que sólo las mujeres pueden dar su consentimiento para su propia esterilización, por lo que otras personas, ya sea familiares u otros, no pueden consentir una esterilización quirúrgica en nombre de la mujer; incluso especifican que no se debe requerir el consentimiento de la mujer cuando está en situación de vulnerabilidad, como cuando está en trabajo de parto o cuando está en el pos-parto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias.⁷¹ Como lo ha señalado el Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, "muchas veces no se deja a las mujeres tiempo bastante, ni se les proporciona información suficiente, para dar su consentimiento

⁶⁴ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, 16 de febrero de 2004, párr. 39.

⁶⁵ CEDAW, Opinión 4/2004, de 26 de agosto de 2006, Parágrafo 11.2.

⁶⁶ 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> consultada el 12 de mayo de 2015.

⁶⁷ Comité CEDAW. Recomendación general No. 24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: La mujer y la salud, 20° periodo de sesiones, 1999, párr. 22.

⁶⁸ ONU. 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, párr. 57.

⁶⁹ ONU. 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, párr. 48.

⁷⁰ ONU. 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, párr. 33.

⁷¹ Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia (FIGO) en sus "Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y Ginecología",

a procedimientos de esterilización, o no se les dice que se les ha sometido a ellos o descubren más tarde que han sido esterilizadas”⁷², lo cual excluye completamente a las mujeres de la adopción de decisiones en la atención de salud.

Por lo anterior, para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y por ende el pleno ejercicio de sus derechos humanos⁷³, el Estado tiene una obligación reforzada de prevenir, atender, sancionar y erradicar, con la debida diligencia, la violencia contra la mujer,⁷⁴ así como de “investigar seriamente las violaciones que se hayan cometido dentro del ámbito de su jurisdicción a fin de identificar a los responsables, imponerles las sanciones pertinentes y asegurar a la víctima una adecuada reparación”.⁷⁵ Para ello, debe contar con un marco jurídico de protección, con aplicación efectiva y que prevea políticas de prevención y prácticas que permitan actuar eficazmente ante las denuncias en casos de violencia contra las mujeres.⁷⁶ De manera específica, los tres órdenes de gobierno deben tomar las medidas idóneas, oportunas y necesarias para eliminar toda violencia contra la mujer⁷⁷ y no justificarla de ninguna forma, bajo costumbres, consideraciones religiosas o tradicionales y sobre todo no tolerarla.⁷⁸

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, por violencia institucional que se caracterizó por ser de tipo obstétrica y en contra de los derechos sexuales y reproductivos, evidenciando las relaciones de poder asimétricas, entre personal médico y de enfermería respecto de las mujeres embarazadas que acuden a los hospitales públicos de la Ciudad de México.

Derivado de las investigaciones realizadas, esta Comisión constató que personal médico y de enfermería ejerció violencia institucional en sus modalidades de obstétrica de tipo físico, psicológico-emocional, y en contra de los derechos sexuales y reproductivos en agravio de las personas agraviadas del presente instrumento recomendatorio de acuerdo con el siguiente patrón:

Caso	Persona agraviada	Violación del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por Violencia Institucional			Autoridad responsable
		Violencia obstétrica física	Violencia obstétrica psicológica/emocional	Violencia contra los derechos Sexuales y reproductivos	
Caso 1	Persona agraviada A	x		x	Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras (SEDESA)

⁷² ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de agosto de 2009, A/64/272, párr. 55

⁷³ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 3. Diciembre 1993.

⁷⁴ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículos 3, 19 y 20.

⁷⁵ Corte IDH. Caso González y Otras (Campo Algodonero) vs México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 236.

⁷⁶ Corte IDH. Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 2015, párr. 108.

⁷⁷ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

⁷⁸ Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre Mujeres, Beijing 1995, capítulo sobre derechos de las mujeres, párrafo 224

Caso 2	Persona adolescente agraviada B	x	x	x	Hospital General Enrique Cabrera (SEDESA)
Caso 3	Persona agraviada C	x	x		Hospital Materno Infantil Tláhuac (SEDESA)
Caso 4	Persona agraviada D	x	x		Hospital General Enrique Cabrera (SEDESA)
Caso 5	Persona agraviada E	x	x	x	Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras (SEDESA)

*Fuente: Elaboración propia.

En los cinco casos, las mujeres embarazadas sufrieron violencia de género institucional en su modalidad de violencia obstétrica, ya que el personal médico y de enfermería de los Hospitales Materno Infantil Magdalena Contreras, General Enrique Cabrera y Materno Infantil Tláhuac, todos de SEDESA, incurrió en acciones y omisiones discriminatorias, que conllevaron a la dilación y obstaculización de los derechos a la salud, a la integridad y a la vida de las mujeres agraviadas⁷⁹, vulnerando con ello su derecho a una vida libre de violencia.

En específico, en el caso 1, la persona agraviada A perdió la vida por la inadecuada y negligente atención médica que recibió durante el puerperio, lo cual constituyó violencia obstétrica en su contra; no tuvo una vigilancia adecuada posparto, por lo que aunado a una supuesta reacción alérgica al uso de guantes de látex que nunca fue comprobada, se omitió vigilar la contracción del útero y el sangrado transvaginal, lo que concluyó con su muerte por choque hipovolémico y hemorragia obstétrica.⁸⁰

Al respecto, esta Comisión acreditó que la atención que recibió la persona agraviada A por el personal del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras fue inadecuado, ya que fue hasta 35 minutos después de presentar hipotensión que recibió medicamento, asimismo, estuvo un aproximado de 3 horas con 30 minutos buscando que fuera trasladada a un hospital de tercer nivel, tiempo en el que no recibió cuidados intensivos.⁸¹ Por lo que la autoridad omitió atender diligentemente conforme al marco normativo y la literatura médica el cuadro anafiláctico y la hemorragia que presentaba, mientras el personal de Trabajo Social no realizó las gestiones necesarias para concretar el traslado a un Hospital de tercer nivel, situaciones en conjunto que ocasionaron la muerte de la persona agraviada A, por lo que se vulneró el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, al someterla a violencia obstétrica física por parte del personal de la Secretaría de Salud, ya que se produjo la muerte durante el puerperio.⁸²

Mientras que en el caso 2, el personal de la SEDESA también vulneró el derecho a una vida libre de violencia de la persona agraviada adolescente B, toda vez que el personal de la Secretaría de Salud realizó acciones y omisiones que dañaron y lesionaron a la adolescente agraviada durante el embarazo, parto y puerperio, toda vez que no recibió atención obstétrica urgente por vía abdominal

⁷⁹ Ver anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 36 y 38; Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15 y 16; Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18 y 19; Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 y 11; Anexo 5, evidencias 1, 3, 9, 10, 12, 13, 14 y 15.

⁸⁰ Ver Anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 36 y 38;

⁸¹ Ver Anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 28, 29, 30, 32, 36 y 38.

⁸² Ver Anexo 1, evidencias 14, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 36 y 38.

desde el 7 de mayo de 2015 cuando acudió al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, lo cual ocasionó que el 9 de mayo de 2015 no se le informara en el Centro de Salud T III que necesitaba de manera urgente una cesárea, por lo que al presentar ruptura prematura de membranas, dolor intenso de tipo obstétrico, pérdida de líquido vaginal y no sentir movimiento fetal, ocasionó que el producto de la gestación naciera sin vida.⁸³

Este Organismo acreditó que, de haber recibido la atención adecuada y oportuna desde el día 7 de mayo de 2015, incluso la muerte fetal pudo haberse evitado; asimismo, en el Centro de Salud T III, la persona adolescente agraviada B no fue informada de la necesidad de un procedimiento de cesárea urgente, por lo que debió remitirla con esa calidad al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, lo anterior resultó en la violación del derecho a una vida libre de violencia en la atención obstétrica que recibió.⁸⁴

No pasa desapercibido para esta Comisión el deber reforzado que debió tener el personal de la Secretaría de Salud, tanto del Centro de Salud T III, como del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, para salvaguardar la salud, vida e integridad de la persona adolescente agraviada B; por el contrario, el personal de SEDESA omitió cumplir su obligación reforzada de proteger a la adolescente de cualquier tipo de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, situación que se agravó al no permitirle estar acompañada durante los procedimientos por su madre.⁸⁵

Por otro lado, en el caso 3, al presentarse en el Hospital Materno Infantil Tláhuac el 19 de enero de 2016, la persona agraviada C fue suministrada, sin justificación médica alguna, con un medicamento para contrarrestar la taquicardia fetal, situación que estaba contraindicada para una persona que no estuviera en trabajo de parto, lo cual influyó en generar la disminución de la frecuencia cardíaca fetal; asimismo, no se dio seguimiento a dicha situación por parte del personal médico y de enfermería, lo que fue agravado por la tardanza en practicarle una cesárea, de la cual se obtuvo un producto sin vida. En este sentido, se constató que la atención que recibió la persona agraviada C no fue la adecuada, no se recabó el consentimiento informado de las consecuencias que tenía la administración de un medicamento con esas características, siendo una situación claramente nociva, negligente y violenta, que además desconoció su potestad de decisión sobre su situación médica antes y durante el embarazo que ocasionó la vulneración del derecho a vivir sin violencia.⁸⁶

En el caso 4, a la persona agraviada D se le suministró oxitocina para inducir su parto, siendo que en el caso particular no se asentó en el expediente clínico las razones por las cuales fue administrado dicho medicamento. Por lo tanto, con tal acción, el personal de SEDESA también violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia institucional, al aplicar medicamentos para apresurar el parto, omitiendo justificar por escrito y bajo vigilancia estrecha el suministro de tal medicamento.⁸⁷

Finalmente, la persona agraviada E ingresó al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras donde el personal médico y de enfermería omitió brindar una atención médica adecuada durante el

⁸³ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 14 y 15.

⁸⁴ Ver Anexo 2, evidencias 2 y 15.

⁸⁵ Ver Anexo 2, evidencia 16.

⁸⁶ Ver Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17 y 18.

⁸⁷ Ver Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 y 11.

embarazo, parto y puerperio, siendo una atención médica negligente al no proporcionarle toda la información que era necesaria para que ella supiera de la situación de la salud del feto y de la evolución de su embarazo⁸⁸; más aún, durante el parto, fue sometida a un rasurado de vello púbico, lo cual constituye una práctica violenta, ineficiente y claramente nociva; adicionalmente fue sometida a una Oclusión Tubaria Bilateral de la cual se recabó su consentimiento el mismo día que se realizó el parto y referencia a otro hospital, situación que enfatiza el hecho de no dejar tiempo a las mujeres de tomar una decisión, ni proporcionarle la información suficiente, para dar su consentimiento a procedimientos de esterilización, así como ir en contra de no requerir el consentimiento de la mujer cuando está en situación de vulnerabilidad, como cuando se está en trabajo de parto o en el posparto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias, lo cual excluye completamente a las mujeres de la adopción de decisiones en la atención de salud y vulnera su derecho a una vida libre de violencia obstétrica.⁸⁹

Esta Comisión hace énfasis en los casos de las personas agraviadas B, C y D; ya que fueron sometidas a reiterados tactos vaginales realizados por los médicos adscritos y pasantes en medicina. La práctica de tactos vaginales provocan dolor, vergüenza e incomodidad al momento de ser realizados, recibiendo comentarios, como: *-No te quejes, no te quejes, esto se tiene que hacer-*, lo que constituye una práctica violenta, ineficiente y claramente nociva, antes y durante el embarazo que sufren las mujeres, lo que vulneró el derecho de las agraviadas a una vida libre de violencia.⁹⁰

Asimismo, el personal médico causó dolor injustificado a la persona agraviada C, al dañarla físicamente con la colocación de un catéter sin aviso ni explicación alguna⁹¹ y a la persona agraviada E cuando al realizarle puntos de sutura, ella hizo del conocimiento del médico que sentía dolor y éste la ignoró diciéndole que se tenía que aguantar. Dicha acción lastimó a la agraviada durante el embarazo, parto y puerperio, además de evidenciar el trato deshumanizado y la imposición de prácticas médicas sin proporcionarle información y sin atender su dolor, vulnerando con ello su derecho a vivir libre de violencia.⁹²

De igual manera, el hecho de obligar a las agraviadas a quedarse en una sola posición o impedirles que se levantaran de la cama, implicó un sufrimiento físico dado el tiempo prolongado que debieron permanecer así, lo que constituyó violencia obstétrica en detrimento de su derecho a vivir libres de violencia, como sucedió con la persona agraviada C quién estuvo varias horas en una posición incómoda o en el caso de la persona adolescente agraviada B, ya que no le permitieron caminar hasta el momento en que le retiraron una sonda que le habían puesto.⁹³

Por lo anterior este Organismo acreditó que en los 5 casos, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México vulneró el derecho a una vida libre de violencia obstétrica física de las personas agraviadas A, B, C, D y E, enfatizando una falta de enfoque diferenciado en el caso 2 respecto de una mujer adolescente.

⁸⁸ Ver Anexo 5, evidencias evidencias 1, 12, 13, 14 y 15.

⁸⁹ Ver Anexo 5, evidencias 1, 6, 8, 9, 10, 11, 14 y 15.

⁹⁰ Ver Anexo 2, evidencia 13 y 16; Anexo 3, evidencia 19 y Anexo 4, evidencias 9 y 11.

⁹¹ Ver Anexo 3, evidencia 19.

⁹² Ver Anexo 5, evidencia 15.

⁹³ Ver Anexo 2, evidencia 16 y Anexo 3, evidencia 19.

Asimismo, en cuatro de los cinco casos, las personas agraviadas de los casos 2, 3, 4, y 5 sufrieron violencia obstétrica psicológica y emocional por parte del personal médico y de enfermería tratante, ya que les brindaron un trato deshumanizado, grosero, discriminatorio y humillante, cuando las mujeres agraviadas pidieron asesoramiento o atención, y/o en el transcurso de una práctica obstétrica; quedó acreditado que las personas agraviadas B, C, D y E, recibieron una serie de comentarios irónicos, hostiles, descalificadores y humillantes por parte del personal médico y de enfermería que les brindó el servicio, los cuales les fueron proferidos por su comportamiento y generándoles afectaciones emocionales.⁹⁴

En concordancia con lo anterior, dicha violencia obstétrica psicológica se ejerció con comentarios que ocasionaron un daño emocional a las personas agraviadas, vulnerando también su derecho a la integridad personal, como ocurrió en el caso de la persona adolescente agraviada B, quien fue señalada como la culpable de la pérdida del feto frente a uno de sus familiares; asimismo, le hicieron comentarios pocos sensibles sin tomar en consideración el evento de pérdida que había padecido, tales como: *-¡Ay puedes tener más!-,* o como que el personal de enfermería continuaba haciéndole preguntas respecto a lo ocurrido.⁹⁵

Asimismo, personal médico y de enfermería, frente a las manifestaciones del dolor como llorar o gritar durante los partos de las personas agraviadas B, C, D y E, realizaron comentarios que descalifican las decisiones de embarazarse de las personas agraviadas, o que las humillan y agredían verbalmente, mediante comentarios como: *-¡ya cállate, enderézate, porque así te estás lastimando!-, -¡ya señora, ya cállese!-, -¡ay! ¡Yo no sé por qué se embarazan, si no van a llevar su control!-, -¡No grite, no grite!-, ¡Ya sabía a lo que venía!-, -¡Para qué se embarazan tan jóvenes!-, -¡Ay! Señora parece farmacia, por todos los medicamentos que le metieron!-,*⁹⁶ lo anterior, derivó en la generación de sensaciones de pérdida de control e impotencia en las personas agraviadas, vulnerando no sólo su derecho a una vida libre de violencia, sino también su derecho a la integridad personal.

A la par, en los casos de las personas agraviadas C y E, fueron descalificadas al ser nombradas con diminutivos e insultos, éste último haciendo alusión a las características físicas de las pacientes, como señalar que el sobrepeso que presentaban las hacía responsables de la pérdida de sus productos de la gestación, situación que es medicamento imprecisa, ya que la obesidad es un factor de riesgo que puede facilitar la presencia de presión alta durante el embarazo, pero no es el único.⁹⁷

En el caso de las personas agraviadas B, C y E, no les fue permitida compañía alguna⁹⁸; aun cuando la persona adolescente agraviada B era menor de edad, situación por la cual su madre pretendía entrar con ella, sin embargo el personal médico le cerró la puerta en la cara, impidiéndole estar con alguien de su confianza.⁹⁹ Dicha práctica violenta y arbitraria vulneró su derecho a una vida libre de violencia, al impedir su derecho a estar acompañada.

⁹⁴ Ver Anexo 2, evidencias 12 y 16; Anexo 3, evidencia 19; Anexo 4, evidencias 9 y 11 y; Anexo 5, evidencias 13 y 15.

⁹⁵ Ver Anexo 2, evidencia 16.

⁹⁶ Ver Anexo 2, evidencia 16; Anexo 3, evidencia 19; Anexo 4, evidencias 9 y 11 y; Anexo 5, evidencia 13 y 15.

⁹⁷ Ver Anexo 3, evidencia 19 y Anexo 4 evidencias 9 y 11

⁹⁸ Ver Anexo 2, evidencias 16; Anexo 3, evidencia 19 y; Anexo 5, evidencias 13 y 16.

⁹⁹ Ver Anexo 2, evidencias 12 y 16.



Cabe hacer énfasis en la falta de informar oportunamente sobre el estado de salud de sus hijos en el caso de las personas agraviadas C y D, impidiéndoles además el contacto inmediato con ellos.¹⁰⁰ Respecto de la persona agraviada E, al igual que en los casos anteriores, no se le informó sobre el estado de salud de su hijo, y cuando ella preguntaba, la única respuesta que obtenía era *"Todo va a estar bien"* e incluso firmó su alta voluntaria de la Clínica Hospital "Emiliano Zapata" para poder verlo.¹⁰¹ Dicha obstaculización del ejercicio de su derecho al acceso a la información como parte del derecho a la salud, durante el puerperio, constituyó violencia obstétrica, vulnerando su derecho a una vida libre de violencia.

Como consecuencia de la violencia psicológica a la que fueron sometidas, se produjeron afectaciones emocionales en las personas agraviadas, vulnerando también su derecho a la integridad personal, y evidenciando los efectos de la violencia de género perpetrada en su contra; ya que los hechos que vivieron en los hospitales a los cuales acudieron para la resolución del parto, generaron en ellas miedo e inseguridad para manifestar inquietudes respecto a los procedimientos que se les aplicarían, ya que el personal médico y de enfermería no les contestaba, las ignoraban o les respondían de mala manera, con enojo, como en los casos de las personas agraviadas B, C, D y E.¹⁰² También presentaron depresión, ansiedad, frustración, afectaciones respecto de la visión de la maternidad por la pérdida de sus hijos, alteraciones de la forma de interactuar con los integrantes de sus familias, entre otras; hechos que configuran violencia obstétrica y por ende una violación a su derecho humano a una vida libre de violencia psicológica y emocional, como ha quedado acreditado.¹⁰³

Finalmente, en los casos 1, 2 y 5, las personas agraviadas fueron vulneradas en su derecho a una vida libre de violencia de sus derechos sexuales y reproductivos por parte del personal de la Secretaría de Salud, en virtud de acciones y omisiones de dicho personal que afectaron la función reproductiva de las personas agraviadas A, B y E, omitiendo proporcionarles servicios de urgencia obstétrica, en los dos primeros casos, y restringiendo su acceso informado a métodos anticonceptivos, en el caso 5.¹⁰⁴

Es así que, en los casos 1 y 2, las personas agraviadas no recibieron atención obstétrica de emergencia, siendo que el primer caso, la persona agraviada A estuvo cerca de 3 horas con 30 minutos sin ser trasladada a un hospital de tercer nivel, tiempo en el que no recibió cuidados intensivos, como ser conectada a un respirador o contar con asistencia RCP, lo cual fue determinante para que la persona agraviada A falleciera.¹⁰⁵

Mientras que la persona adolescente agraviada B fue enviada a su casa el 7 de mayo de 2015 aun cuando presentaba un diagnóstico que implicaba una urgencia obstétrica en la que debía realizarse una intervención de cesárea, situación que ocasionó que el producto falleciera al presentarse días

¹⁰⁰ Ver Anexo 3, evidencia 19; Anexo 4, evidencias 9 y 11.

¹⁰¹ Ver Anexo 5, evidencias 13, 14 y 15.

¹⁰² Ver Anexo 3 evidencia 19, Anexo 4, evidencias 9 y 11 y; Anexo 5, evidencias 13 y 15.

¹⁰³ Ver Anexo 3 evidencia 19, Anexo 4, evidencias 9 y 11 y; Anexo 5, evidencias 13 y 15.

¹⁰⁴ Ver anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 36 y 38; Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15 y 16; Anexo 5, evidencias 8, 9, 10, 12, 13, y 14.

¹⁰⁵ Ver anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 36 y 38

después ruptura prematura de membranas, dolor intenso de tipo obstétrico, pérdida de líquido vaginal, situación que pudo ser evitada.¹⁰⁶

Por su parte, en el caso 5, no se le brindó información clara, oportuna y comprensible al momento de pedirle consentimiento a la persona agraviada E, respecto de métodos de anticoncepción. Es relevante mencionar que en el expediente clínico obran 2 formatos de consentimiento firmados por ella; en uno indica preservativos y en otro Oclusión Tubaria Bilateral (un método de anticoncepción definitivo), siendo esta última alternativa de control de la natalidad la que prevaleció, haciendo notar que su consentimiento para dicha intervención fue requerido el mismo día de su traslado a la Clínica Hospital Emiliano Zapata¹⁰⁷, un momento que esta Comisión considera que no fue el idóneo para establecer la comprensión y la expresión del consentimiento de la persona agraviada E, ya que se encontraba en alto grado de vulnerabilidad.

Por lo descrito anteriormente, esta Comisión tiene acreditado que en los casos 1, 2, 3, 4 y 5, el personal médico y de enfermería de la SEDESA vulneró el derecho a una vida libre de violencia de las personas agraviadas, por someterlas a violencia institucional, en los cinco casos, de tipo obstétrica física; mientras que en los casos 2, 3, 4 y 5, perpetraron violencia obstétrica psicológica y emocional en contra de las personas agraviadas B, C, D y E; y en los casos 1, 2 y 5 sometieron a las personas agraviadas A, B y E a violencia contra los derechos sexuales y reproductivos.

VI. 2. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en relación con el derecho a la vida.

El derecho a la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en el contexto de la ausencia de afectaciones o enfermedades en el cuerpo humano¹⁰⁸; por lo que implica la posibilidad de que toda persona disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.¹⁰⁹ La garantía de este derecho impacta en otros derechos humanos, como el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal¹¹⁰; es decir, 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.¹¹¹

Este derecho está reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales tales como: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), el Protocolo adicional a la CADH en materia de derechos económicos, sociales y culturales, en adelante Protocolo de San Salvador (Artículo 10), en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer "CEDAW" (Artículo 12) y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24), en los cuales se define como

¹⁰⁶ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14 15 y 16

¹⁰⁷ Ver Anexo 5, evidencias 8, 9, 10, 13 y 14.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, Párr

¹¹⁰ Corte IDH. Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 224, Párrafo 43.

¹¹¹ Cfr. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html> [consultada el 07 de agosto de 2017].



el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A su vez, la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante, CADH) estipula la obligación del Estado de adoptar medidas adecuadas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad.¹¹²

A nivel nacional, el párrafo tercero del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección a la salud; el artículo 2 de la Ley General de Salud y el artículo 4 de la Ley de Salud del Distrito Federal precisan que dicha protección tiene como finalidad: el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; y el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Asimismo, se precisa que es materia de salubridad general: la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud; la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la atención materno-infantil; y el tratamiento integral del dolor¹¹³.

Los servicios de salud son "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad"¹¹⁴. Los servicios básicos de salud incluyen la atención médica¹¹⁵, la atención materno-infantil¹¹⁶ y la promoción de la salud materna, entendida como "la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto"¹¹⁷; ésta abarca la atención integral de las mujeres en el periodo que del embarazo, parto y puerperio, con estricto apego a sus derechos humanos¹¹⁸, así como la atención de las niñas y niños y la vigilancia de su desarrollo¹¹⁹. Por lo tanto, los sistemas de salud "son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención postnatal de la madre y el niño y el cuidado de los niños pequeños"¹²⁰.

En la Ciudad de México, corresponde a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) planear, organizar, operar, controlar y evaluar el Sistema de Salud del Distrito Federal¹²¹; lo cual implica: proporcionar servicios de salud a la población; procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local; ofrecer servicios de atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación, incluyendo la atención especializada del dolor y su tratamiento; vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de

¹¹² 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; Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 131

¹¹³ Ley General de Salud, Artículo 3

¹¹⁴ Ley General de Salud, Artículos 23 y 24, fracción I; Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 6, fracción IX

¹¹⁵ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 5, fracción IV

¹¹⁶ Ley General de Salud, Artículo 27, fracción IV; Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 5, fracción V

¹¹⁷ CIDH. Acceso a los servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II Doc. 69, 7 de junio de 2010, párr. 31.

¹¹⁸ Ley General de Salud, artículos 61 y 61 Bis.

¹¹⁹ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 49

¹²⁰ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 47

¹²¹ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 24, fracción III

la Ley General de Salud y las demás disposiciones jurídicas en materia de salud¹²²; planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de atención materna e infantil¹²³.

Es obligación de las autoridades garantizar el derecho a la salud, a través de la adopción de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad a este derecho. Lo anterior incluye velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud; velar por que los servicios de salud sean apropiados y de calidad¹²⁴; y en general, todas las acciones necesarias para que las personas usuarias reciban servicios de atención médica oportunos, profesionales, éticamente responsables y de calidad¹²⁵.

En concordancia con lo anterior, en la Observación General No. 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, el Comité DESC)¹²⁶, encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, ha considerado como elementos indispensables e innegociables para el cumplimiento de las obligaciones estatales para la atención del derecho a la salud los siguientes:

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

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia

¹²² Ley General de Salud, Artículo 13, apartado B, fracción VI; Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 15, 17 y 24.

¹²³ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 17

¹²⁴ 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, párr. 33, 36 y 37.

¹²⁵ Ley General de Salud, Artículo 51

¹²⁶ 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, párr. 12.



potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

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.¹²⁷

En cuanto a la *accesibilidad*, la Secretaría de Salud debe incorporar la perspectiva de género y eliminar las formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna,¹²⁸ reconociendo los factores biológicos y socioculturales que ejercen una influencia importante en la salud de la mujer¹²⁹. En relación con el acceso a la información, el artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud establece que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho "a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen"¹³⁰. Por lo que "[t]odo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes."¹³¹

¹²⁷ 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.

¹²⁸ CIDH. Acceso a los servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II Doc. 69,7 de junio de 2010, párr. 20

¹²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 período de sesiones, 200, UN Doc. E/C.12/2000/4, párr. 20.

¹³⁰ También lo establece la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 11, fracciones V y VIII

¹³¹ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Artículo 29.

Por lo tanto, la Secretaría de Salud debe “facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica”¹³² y garantizar que reciban orientación e información suficiente, veraz, clara y oportuna sobre su salud y procedimientos.¹³³ De forma específica los servicios de salud deben de brindar “el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”¹³⁴, para que de esta forma las mujeres embarazadas estén enteradas tanto del diagnóstico como de la atención que se les pueda brindar en una unidad médica determinada y pueda decidir someterse a un procedimiento y, en caso de haber aceptado el mismo, deberán ser informadas de los resultados de la intervención que se les haya practicado.

En relación con la *aceptabilidad*¹³⁵, en materia de salud materna, resalta la obligación del Estado de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer¹³⁶, ya que este elemento del derecho a la salud implica que los servicios médicos sean respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, así como sensibles al género y respetuosos de la confidencialidad. Como lo ha precisado el Comité CEDAW¹³⁷, para que los servicios de salud sean aceptables, estos deben garantizar el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, respetar su dignidad, garantizar su intimidad y tener en cuenta sus necesidades y perspectivas, por lo que los Estados “no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento [...] que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa”. Incluso “en el caso de que un nuevo embarazo pudiese poner en peligro la vida o la salud de la madre, esta [...] debe disponer de tiempo y apoyo necesarios para sopesar su elección. Debe respetarse su decisión con conocimiento de causa, incluso si se consideraba que podía ser nociva para su salud”¹³⁸.

Al respecto, la Ley General de Salud establece que las personas usuarias tienen derecho a “decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico”¹³⁹.

El consentimiento informado es la “decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los

¹³² Ley General de Salud, Artículo 64 Bis.

¹³³ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracción V.

¹³⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 periodo de sesiones, 200, UN Doc. E/C.12/2000/4, párr. 12.

¹³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 periodo de sesiones, 200, UN Doc. E/C.12/2000/4, párr. 12.

¹³⁶ 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, párr. 34.

¹³⁷ Comité CEDAW. Recomendación general No. 24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: La mujer y la salud, 20° periodo de sesiones, 1999, párr. 22.

¹³⁸ ONU. 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, párr. 33.

¹³⁹ Ley General de Salud, Artículo 51 Bis 2; también lo prevé la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracción XIII



proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos¹⁴⁰, que requiere de los siguientes elementos:¹⁴¹ Respeto de la autonomía personal, porque 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 e integridad de la información, puesto que 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, y es indispensable para garantizar el derecho de todos los pacientes a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos¹⁴², sobre todo considerando que 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.¹⁴³ Por lo cual “[e]n todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma”¹⁴⁴.

Asimismo, en la atención de las mujeres embarazadas, “[t]oda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales”¹⁴⁵, de tal manera que la práctica del “rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer”¹⁴⁶.

Resulta también indispensable que el personal médico y de salud reconozca las desigualdades estructurales, como “el desequilibrio en las relaciones de poder entre médicos y pacientes, agravadas por el estigma y la discriminación”¹⁴⁷, que obstaculizan su derecho al consentimiento informado, para garantizar a su vez sus derechos sexuales y reproductivos, como parte de un ámbito de la vida privada que no debe ser susceptible de injerencias. Estos 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 de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.¹⁴⁸ También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.¹⁴⁹

¹⁴⁰ Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 8 de octubre de 2004, párr. 9.

¹⁴¹ Ibidem. Párrafos 13 y 15.

¹⁴² Ley General de Salud, Artículo 51 Bis 2.

¹⁴³ Comité de Derechos del Niño. Observación general No. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), párr. 53.

¹⁴⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 80.

¹⁴⁵ NOM-007-SSA2-1993, apartado 5.4.1.

¹⁴⁶ NOM-007-SSA2-1993, apartado 5.4.1.7.

¹⁴⁷ ONU. 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, párr. 29.

¹⁴⁸ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 148.

¹⁴⁹ 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>

En materia de salud sexual y reproductiva, la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar define el consentimiento informado como la "decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones."¹⁵⁰ Al respecto, es obligación de todo el personal de salud "[p]ermitir que el usuario decida libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y del método de control de la fertilidad que mejor cumpla sus expectativas."¹⁵¹ En el caso de métodos anticonceptivos permanentes, tales como la oclusión tubaria bilateral, invariablemente se requiere consentimiento informado y por escrito para su realización, previa información sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias¹⁵². En consecuencia, el personal de salud debe brindar consejería previa a su realización y asentar el consentimiento informado del paciente a través de su firma o huella digital en el formato "Autorización Quirúrgica Voluntaria y consentimiento informado".¹⁵³

De manera adicional, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3 de 2012, establece los *criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, use 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 dolor 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.

En cuanto a la *disponibilidad*, considerando que la salud materno-infantil tiene un carácter prioritario¹⁵⁴ y que forma parte de los servicios básicos de salud¹⁵⁵, SEDESA debe garantizar que los

¹⁵⁰ Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicada en el DOF el 21 de enero de 2004. 2. Definiciones.

¹⁵¹ Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicada en el DOF el 21 de enero de 2004. 4.4.1.7.

¹⁵² Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Artículos 119 y 120; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3 de 2012, Del expediente clínico. Publicada en el DOF el 29 de junio 2012. 10.1.2.

¹⁵³ Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicada en el DOF el 21 de enero de 2004. 5.7.4.

¹⁵⁴ Ley General de Salud, artículo 61.

¹⁵⁵ Ley General de Salud, artículo 27, fracción IV.



hospitales estén equipados para brindar atención integral a las mujeres embarazadas y personas recién nacidas. A su vez, tiene una obligación reforzada de salvaguardar la salud y supervivencia de niñas y niños lactantes, por lo que debe "dedicar los máximos recursos disponibles al desarrollo saludable de los niños"¹⁵⁶ y asegurarse de que "se disponga de una cantidad suficiente de servicios de salud, productos e instalaciones especialmente adaptados a las necesidades de los niños"¹⁵⁷, incluyendo un número suficiente de médicos pediatras y otros profesionales capacitados.

En la Ciudad de México, los hospitales están organizados de acuerdo a su grado de complejidad y poder de resolución. Los hospitales generales son aquellos de segundo o de tercer nivel, en las 4 especialidades básicas de la medicina: "Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas"; prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización¹⁵⁸, debiendo contar con "camas de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama"¹⁵⁹. Por su parte, los hospitales de especialidades son aquellos de segundo y tercer nivel que atienden a pacientes "de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica".¹⁶⁰

El artículo 28 de la Ley General de Salud establece que habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General, a los cuales se deberán ajustar las instituciones públicas de Salud. En ese sentido, corresponde a la SEDESA establecer y procurar la existencia permanente y disponibilidad del cuadro institucional de medicamentos e insumos y su disponibilidad a la población¹⁶¹.

Para los Hospitales de segundo y tercer nivel, como es el caso de los hospitales generales, el Catálogo de Insumos contempla como insumo básico el banco de sangre y los elementos que este requiere¹⁶², así como el material necesario para imagenología y lo concerniente a rayos X¹⁶³; al respecto, la NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, en su numeral 7.2 Para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, establece que el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año y contar con los recursos establecidos en la normatividad

¹⁵⁶ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 6 y 10.

¹⁵⁷ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 49 y 58

¹⁵⁸ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 70, fracción I.

¹⁵⁹ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 70, fracción I

¹⁶⁰ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 70, fracción II.

¹⁶¹ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 24, XXII

¹⁶² Cuadro Básico y Catálogo De Auxiliares De Diagnóstico, edición 2016, pp. 96-110.

¹⁶³ Cuadro Básico y Catálogo De Instrumental y Equipo Médico, edición 2016, pp. 64-112.

aplicable¹⁶⁴. A su vez, las unidades médicas de segundo y tercer nivel, de acuerdo con el Catálogo de Insumos, deberán de contar con surfactante para atender casos de riesgo en el embarazo.¹⁶⁵

En cuanto a la *calidad* de la atención médica, la estrategia 2.2 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece como objetivo en materia de salud “mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”¹⁶⁶, a través de acciones encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud, tales como “impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud”. Asimismo, la OMS ha promovido que “todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento”¹⁶⁷.

Al respecto, el artículo 11 de la Ley de Salud del Distrito Federal establece que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a¹⁶⁸:

- “Recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados;
- Ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por el personal de salud que corresponda, con respeto a sus derechos, [...] en todo momento;
- Tener la seguridad en la calidad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida;
- Recibir atención médica en caso de urgencia;
- Contar con un expediente clínico, que puede ser digital y al que podrá tener acceso”.

En relación con lo anterior, tratándose de la prestación de servicios de salud pública, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que el Estado es responsable por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de las prerrogativas antes mencionadas¹⁶⁹. En específico, en relación con el derecho de los pacientes a recibir tratamiento médico de calidad y conforme a los principios médicos científicamente aceptados, el Estado es responsable por la violación del derecho a la salud ante el incumplimiento por parte de los servidores públicos “de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores -lex artis ad hoc-, o al deber de actuar con la diligencia que exige la lex artis”¹⁷⁰.

Al respecto, la deficiencia en la calidad de la atención médica, que vulnera el derecho a la salud, puede devenir de diversas causas y en diversos grados. El Séptimo Tribunal Colegiado en materia

¹⁶⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica

¹⁶⁵ Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, edición 2016, pp. 335 y 340.

¹⁶⁶ Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Publicado el 12 de diciembre de 2013 en el Diario Oficial de la Federación. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf

¹⁶⁷ OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, Mayo de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

¹⁶⁸ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracciones II, III, IV, XV, XVI

¹⁶⁹ SCJN. Responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación deficiente de los servicios de salud pública. Cuándo se configura la negligencia médica en estos casos. Primera Sala, Décima Época, Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.), Abril de 2014

¹⁷⁰ SCJN. Responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación deficiente de los servicios de salud pública. Cuándo se configura la negligencia médica en estos casos. Primera Sala, Décima Época, Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.), Abril de 2014.

civil del Primer Circuito ha señalado que: "El error en el diagnóstico compromete la responsabilidad del médico derivado de su ignorancia, de examen insuficiente del enfermo y de equivocación inexcusable. Existen tres tipos de error de diagnóstico: a) Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos; b) Por negligencia, en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico; y, c) Científico, donde el médico frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto. El incumplimiento en la obligación de tratamiento propuesto al paciente se actualiza cuando emana de un diagnóstico erróneo, pues ello genera un tratamiento inadecuado o desacertado."¹⁷¹ En ese sentido, incluso la Primera Sala de la SCJN ha determinado que "el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina"¹⁷².

Por otra parte, también para garantizar la calidad en la atención médica, la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas establece que los médicos residentes deben estar "bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos"¹⁷³, por lo que, en el estudio y tratamiento de los pacientes, "siempre deben estar sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes"¹⁷⁴.

Asimismo, la Primera Sala de la SCJN ha señalado que, "el hecho de documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes"¹⁷⁵. Al respecto, los expedientes clínicos deben ser elaborados, integrados y utilizados conforme a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

En cuanto a la atención de urgencias médicas, el Estado debe prestar la atención médica prehospitalaria, misma que incluye la atención durante el traslado¹⁷⁶ de un hospital a otro; los prestadores de servicio de ambulancia están obligados a "actuar con un enfoque de derechos humanos y teniendo como objetivo principal la estabilización del paciente hasta el momento en que es recibido por alguna institución médica"¹⁷⁷. Para ello, deben contar con el equipamiento requerido de acuerdo al tipo de urgencia; deben contar "cuando menos con un Desfibrilador Automático Externo en óptimas condiciones, así como con las soluciones, medicamentos, insumos y demás

¹⁷¹ Séptimo Tribunal Colegiado en materia civil del Primer Circuito. Prestación de servicios médicos. Responsabilidad contractual en relación a la obligación de diagnóstico y tratamiento del paciente. Novena época, Tesis: I.7o.C.73 C, Junio de 2006.

¹⁷² SCJN. Mala práctica médica. Diagnóstico erróneo como elemento para determinar su existencia. Primera Sala, Décima época, Tesis: 1a. XXVII/2013 (10a.), Enero de 2013.

¹⁷³ NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2013, numeral 10.3.

¹⁷⁴ NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2013, numeral 11.4

¹⁷⁵ SCJN. Mala práctica médica. Ausencia o deficiencia de la historia clínica. Primera Sala, Décima época, Tesis: 1a. XXVIII/2013 (10a.), Enero de 2013.

¹⁷⁶ NOM-034-SSA3-2013, apartado 4.1.7.

¹⁷⁷ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 36

equipo médico, tal como lo indican las Normas Oficiales aplicables como parte de los recursos médicos de apoyo e indispensables para afrontar y mitigar situaciones de riesgo en las que esté en peligro la vida de las personas y que garantice la oportuna e integral atención prehospitalaria”.¹⁷⁸ En caso de urgencias avanzadas, deben tener estuche de diagnóstico básico, desfibrilador y ventilador de traslado¹⁷⁹.

Asimismo, en cuanto a la atención oportuna en el caso de urgencias al interior de Hospitales, en la NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, en su numeral 5.5 indica que “los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica”. En el caso de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, deben recibir atención expedita cuando sea solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas.¹⁸⁰

Resalta que, en caso de que el paciente requiera atención especializada o el Hospital no cuente con la capacidad resolutive, debe utilizarse el sistema de referencia y contrarreferencia, que es el “procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad”¹⁸¹.

Derivado de todo lo anterior, las acciones y omisiones contrarias a las obligaciones antes descritas pueden derivar en que la paciente pierda la vida o tenga secuelas físicas y psicológicas. El Comité de la CEDAW, ha señalado que el Estado debe asegurar el acceso para todas las mujeres, al tratamiento obstétrico de emergencia y debe proveer capacitación profesional adecuada para los trabajadores de la salud, para asegurar el cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales de atención médica reproductiva, y reducir las muertes maternas prevenibles¹⁸².

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”¹⁸³ mediante diversas acciones, entre ellas, las siguientes:

- La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud del sector público, social y privado.

¹⁷⁸ Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 35, fracción X

¹⁷⁹ NOM-034-SSA3-2013, apéndice C normativo, apartado C.1.8.

¹⁸⁰ Ley General de Salud, artículo 64 Bis 1.

¹⁸¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 2010, numeral 3.38.

¹⁸² Comité CEDAW. Resolución CEDAW/C/49/D/17/2008 de 10 de agosto de 2011, comunicación 17/2008, párrafo 8

¹⁸³ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto u puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación de servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.

- 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.¹⁸⁴

Asimismo, el apartado 20.3 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal [Maternidad sin riesgos y reducción de la morbilidad 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 requerida¹⁸⁵, 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 hija¹⁸⁶, entre otras.

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 violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede traer como consecuencia la vulneración al derecho a la vida y al derecho a la integridad personal, ya que estos dependen en gran medida de la prestación de los servicios salud.¹⁸⁷ Como lo ha señalado la Corte Interamericana, los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana, ya que ésta tiene como objetivo la preservación de la integridad y de la vida¹⁸⁸.

El derecho a la vida es inherente a la persona humana¹⁸⁹ y es un prerequisite fundamental para abrir la posibilidad de ejercer los demás derechos humanos¹⁹⁰. Además, forma parte de un grupo inderogable de otros derechos esenciales, *jus cogens*¹⁹¹, ya que se considera como uno de los derechos insuspendibles¹⁹². Por lo tanto, el Estado debe respetar, proteger y garantizar el derecho a la vida de todas las personas bajo su jurisdicción, sin realizar distinción, exclusión o restricción, por

¹⁸⁴ Ídem. Título Quinto Especificaciones.

¹⁸⁵ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, 2009. Línea de acción 1376.

¹⁸⁶ Ídem. Línea de acción 1377.

¹⁸⁷ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 121.

¹⁸⁸ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 117; Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Párrs. 89 y 90.

¹⁸⁹ 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 de 1981]

¹⁹⁰ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costa. Sentencia de 4 de julio de 2006. Series C No. 149. Párrafo 124.

¹⁹¹ CIDH, Informe No. 47/96, Caso 11.436: Víctimas del Barco Remolcador “13 de marzo” vs. Cuba, 16 de octubre de 1996, párr. 79.

¹⁹² 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. párr. 120.

razón alguna, que tenga como finalidad o resultado, menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio del derecho humano en comento¹⁹³.

El derecho a la vida se encuentra reconocido a nivel internacional y regional, en diversos instrumentos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 3), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 6), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. I, XII, XIV y XXIII) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 4), que precisan que nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente¹⁹⁴. A nivel nacional, se encuentra consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyas normas están encaminadas a reconocer la conservación y la protección de la vida humana; como lo ha señalado la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), del análisis integral de lo dispuesto en los artículos 1º, 14º y 22º constitucionales, se desprende la protección de este derecho¹⁹⁵.

Es importante precisar que, a pesar de que los instrumentos internacionales y regionales señalan que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y a no ser privada de dicho derecho arbitrariamente, el derecho a la vida es más amplio, en virtud de que el Estado está obligado no sólo a respetar, sino también a proteger, garantizar y promover dicho derecho. En este sentido, la observancia del derecho a la vida conlleva la obligación del Estado, no sólo de abstenerse de privar de la vida directamente, sino también de adoptar medidas positivas, determinables en función de las necesidades particulares de protección del sujeto de derecho, para salvaguardar y preservar la vida.¹⁹⁶

Como lo ha determinado la SCJN, “existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares”.¹⁹⁷ Al respecto, la Corte Interamericana incluso ha determinado que el Estado es responsable de la violación al derecho a la vida por negligencia médica (atención médica inadecuada e inoportuna) que resulta en la muerte de la persona agraviada¹⁹⁸.

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

¹⁹³ Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículos 1.1 y 4; Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 1.

¹⁹⁴ Convención Americana Sobre Derechos Humanos, Artículo 4.

¹⁹⁵ Pleno de la SCJN. Tesis jurisprudencial P./J. 13/2002: DERECHO A LA VIDA. SU PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL. Novena Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XV, Febrero de 2002, p. 589.

¹⁹⁶ Corte IDH. Caso “Instituto de Reeducación del Menor” vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 158; Corte IDH. Caso González y Otras “Campo Algodonero” vs México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Párrafos 245; Corte IDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela, óp. cit., párr. 48; Corte IDH. Caso “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros vs. Guatemala), Sentencia del 19 de noviembre de 1999 (Fondo), párr. 144.

¹⁹⁷ Pleno de la SCJN. Tesis P. LXI/2010: DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO. Novena época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24. Énfasis añadido.

¹⁹⁸ Corte IDH. Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 65, 75 y 79

e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.¹⁹⁹ 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.²⁰⁰

En el caso particular de la mortalidad materna, la Relatora Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer ha enfatizado que la mortalidad materna prevenible es una violación del derecho a la vida de las mujeres, cuando hay una omisión en la garantía de su derecho a la salud y a la igualdad y no discriminación²⁰¹. En ese sentido, el Estado debe mejorar la calidad de la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información²⁰², para garantizar a las mujeres “una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella [...]. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna”.²⁰³

Cabe resaltar que la mortalidad y morbilidad de niñas y niños recién nacidos “guardan también relación con los derechos de la mujer y sus posibilidades de sobrevivir al embarazo y al parto”²⁰⁴, ya que el derecho de las niñas y niños a la salud incluye a la vez su supervivencia (derecho a la vida) y su desarrollo saludable²⁰⁵. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño ha precisado que “[e]n los centros médicos, de rehabilitación y atención, [...] los niños están bajo la custodia de profesionales o funcionarios que deben tener en cuenta su interés superior y garantizar su protección, bienestar y desarrollo”²⁰⁶. Por lo tanto, es obligación del Estado garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño²⁰⁷, asegurándose de que tales instituciones “cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes”²⁰⁸ y adoptando medidas para “reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil [...]”. En la Convención sobre los Derechos del Niño

¹⁹⁹ Cfr. 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.

²⁰⁰ Cfr. 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 121.

²⁰¹ ONU. A Human Rights Based Approach to Maternal Mortality and Morbidity Contribution by Rashida Manjoo, UN Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MortalityAndMorbidity/SRViolenceAgainstWomen.pdf>

²⁰² 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, párr. 14

²⁰³ 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, párr. 21

²⁰⁴ ONU. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años, 30 de junio de 2014, A/HRC/27/31, Párr. 26.

²⁰⁵ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 31

²⁰⁶ Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, 18 de abril de 2011, CRC/C/GC/13, párr. 34

²⁰⁷ Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 6.2

²⁰⁸ Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 3.3

se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre”²⁰⁹.

En especial respecto de la primera infancia, el Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental reconoce que “los lactantes y los niños de corta edad son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como en otros tratados internacionales de derechos humanos”²¹⁰ y “el derecho a la supervivencia y el desarrollo saludable es fundamental para el disfrute del derecho a la salud física y mental durante toda la vida”²¹¹. En consecuencia, un aspecto central de las obligaciones del Estado en relación con el derecho de las niñas y niños a la salud es la adopción de medidas adecuadas para reducir la mortalidad y morbilidad de los menores de 5 años, en atención al estrecho vínculo entre el derecho a la salud y el derecho a la supervivencia de los niños de corta edad²¹². Para hacer frente a la mortalidad neonatal hay que prestar “atención al cuidado de la mujer embarazada, [y] contar con asistencia competente al momento del parto”²¹³.

Aunado al deber de cuidado y debida diligencia que tienen los servidores públicos respecto de los pacientes, su actuación debe ser acorde a la finalidad de la atención médica, que es “la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud”²¹⁴. Por lo tanto, el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias²¹⁵ para proteger y preservar el derecho a la vida y a la integridad personal²¹⁶ de las personas bajo su cuidado, ya que las autoridades resultan responsables por las muertes evitables y los daños a la integridad por la inadecuada atención médica, la falta de disponibilidad de servicios de salud y la negligencia médica.

Asimismo, en el caso de urgencias médicas, el Estado vulnera el derecho a la integridad personal por las afectaciones físicas y psicológicas derivadas de la falta de adopción de medidas para la prevención del riesgo, como enfermedades o lesiones, o por actuar negligentemente en dichas

²⁰⁹ 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, párr. 22; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24

²¹⁰ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 35

²¹¹ ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 4.

²¹² ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/70/213, 30 de julio de 2015, párr. 14

²¹³ ONU. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años, 30 de junio de 2014, A/HRC/27/31, Párr. 74

²¹⁴ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 139.

²¹⁵ Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Observación General No. 6: Derecho a la vida (artículo 6), 16º período de sesiones (1982), párr. 1 y 5.

²¹⁶ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, Sentencia del 29 de marzo de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 152; Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 121; Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 141.

situaciones, que pudieron haber sido evitadas o mitigadas²¹⁷. Incluso, el Estado debe prevenir de manera razonable aquellas situaciones de riesgo que pudieran conducir, aún por omisión, a la supresión de la inviolabilidad del derecho a la vida.²¹⁸ Por lo tanto, los servidores públicos tienen un deber especial de cuidado y prevención frente a situaciones de riesgo real y conocido para la vida de una persona²¹⁹ y ante necesidades particulares de protección de la persona, en razón de su condición personal o de la situación específica de vulnerabilidad en la que se encuentre,²²⁰ como padecer una enfermedad, una emergencia médica o sufrir una lesión, de lo cual deriva un estado de indefensión que depende en gran medida de la atención médica que reciba.

Respecto de las violaciones al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres (una de ellas adolescente) durante alguna de las etapas de embarazo, parto o puerperio, ocurrida durante la atención y estancia en alguna instituciones de salud pública perteneciente a la red de servicios de salud proporcionada en esta Ciudad; en este instrumento recomendatorio se identificó que personal adscrito a estas instituciones aún reproduce prácticas que limitan la garantía de acceso e inhiben la posibilidad de que las mujeres agraviadas reciban atención oportuna, con calidad y calidez, así como información clara y comprensible que les permita tomar una decisión informada o conocer las causas que ocasionaron la pérdida de sus hijos. A continuación se presentan los casos en los que se violentó este derecho.

En los casos 1, 2, 3, 4 y 5, personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México otorgó una atención médica de mala calidad, con diagnósticos y/o tratamientos inadecuados e inoportunos, a las Personas Agraviadas A, B, C, D y E, al momento en que acudieron a los Hospitales públicos General Enrique Cabrera, Materno Infantil Tláhuac, Materno Infantil Magdalena Contreras y al Centro de Salud T-III Cuajimalpa, para la atención del parto, lo cual vulneró su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Las personas agraviadas A, B, C y D recibieron una atención médica deficiente en razón de la falta de calidad en el servicio, que valorara y realizara diagnósticos certeros y les brindara tratamientos oportunos, por este motivo se vulneró su derecho al nivel más alto de salud posible.²²¹

En el caso de la persona adolescente agraviada B quien entonces tenía 16 años, la situación se agrava, ya que al no realizar un diagnóstico adecuado y oportuno, no se le otorgaron los cuidados adecuados, mayormente exigibles a la autoridad en razón de su edad y necesidades de protección

²¹⁷ CIDH. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II, Doc. 64, 31 diciembre 2011, párr. 285; Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 172 y 178; Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Sentencia de 29 de marzo de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 155.

²¹⁸ Voto disidente de los jueces Picado Sotela, Aguiar-Aranguren y Cançado Trindade en el Caso Gangaram Panday vs. Surinam (Corte IDH), Sentencia del 21 de enero de 1994 (Fondo, reparaciones y costas), párr. 4.

²¹⁹ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, óp. cit, párr. 155.

²²⁰ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, óp. cit, párr. 154; Corte IDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela, óp. cit, párr. 47.

²²¹ Ver Anexo 1, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37 y 38; Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15; Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18; Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, y; Anexo 5, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

particulares, vulnerando así su derecho al nivel más alto de salud posible y sus derechos como adolescente embarazada.²²²

Lo anterior se sostiene, debido a que la persona adolescente agraviada B, al acudir el 7 de mayo de 2015 al Hospital General Dr. Enrique Cabrera por presentar dolor de tipo obstétrico, se le indicó que, si bien presentaba síntomas de trabajo de parto incipientes, el personal médico que la atendió no reparó en la posición que tenía el producto de la gestación (presentación pélvica), y aunque las notas médicas dicen de forma genérica que se le ofreció información respecto de los datos de alarma y se le dio cita abierta para que acudiera en caso de emergencia, el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura dispone que una de las indicaciones para recurrir a una cirugía cesárea se encuentra relacionada con las alteraciones de la presentación fetal; no obstante, al no registrar ese día durante la exploración esa circunstancia, se ignoró que el parto vaginal no sería posible²²³, lo cual evidencia la mala calidad de la atención médica que recibió la adolescente agraviada B, por parte del personal médico de la SEDESA.

Asimismo, cuando la persona adolescente agraviada B acudió el 9 de mayo del mismo año, al Centro de Salud TIII Cuajimalpa, si bien se realizó un diagnóstico certero, fue referida al Hospital General Dr. Enrique Cabrera con calidad de cita abierta y no urgente, lo cual pone en evidencia la incorrecta valoración, ya que requería atención inmediata;²²⁴ por tratarse de un embarazo de 39 semanas, en presentación pélvica y con cervicovaginitis, por lo cual debieron referirla de manera urgente al Hospital General Enrique Cabrera.

Derivado del diagnóstico y tratamiento tardío, la persona adolescente agraviada B, al llegar al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, fue diagnosticada con producto óbito; tomando en consideración las observaciones de la cirugía y del certificado de muerte fetal que refieren líquido amniótico mínimo e interrupción de circulación materno fetal respectivamente, indicios de asfixia perinatal, la muerte fetal pudo evitarse, de haberse practicado cesárea el 7 de mayo de 2015²²⁵. Por lo tanto, la atención médica brindada a la persona adolescente agraviada B en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera y en el Centro de Salud TIII Cuajimalpa fue inadecuada, vulnerando con ello su derecho a la salud.

Por su parte, el suministro inadecuado de medicamentos implica un riesgo para la salud y revela una mala atención médica, que contraviene el supuesto de atención médica de calidad; en ese sentido, se vulneró el derecho a la salud de las personas agraviadas A, C y D.²²⁶

A la persona agraviada C, quien contaba con 36.2 semanas de gestación, desde su ingreso al Hospital Materno Infantil Tláhuac fue diagnosticada con aumento en la frecuencia cardíaca fetal, pero no se realizó algún estudio etiológico que permitiera conocer el tratamiento a seguir, aunque se asentó en los registros cardiotocográficos.²²⁷ Lo anterior, aunado a la omisión de vigilancia de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal por varias horas, que provocó que no se realizara un

²²² Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15.

²²³ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3 y 15.

²²⁴ Ver Anexo 2, evidencias 2 y 15.

²²⁵ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 9 y 15.

²²⁶ Ver Anexo 5, evidencias 8, 12, 16, 17, 19, 25, 34, 36 y 38; Anexo 3, evidencias 1, 2, 3 y 18 y; Anexo 4, evidencias 3 y 10.

²²⁷ Ver Anexo 3, evidencias 9 y 18.



diagnóstico apropiado, ni se brindara la atención oportuna, ya que de haberse llevado a cabo una vigilancia correcta, se pudo haber indicado la interrupción del embarazo vía cesárea y evitar la asfixia fetal, sobre todo porque en el protocolo de necropsia realizado al producto fetal, se asentó que éste sí era viable.²²⁸

Además, a la persona agraviada C le realizaron un pinzamiento de arterias uterinas debido a que el personal médico tratante observó acretismo placentario; sin embargo, ese diagnóstico quedó desvirtuado por los ultrasonidos que le practicaron antes y después del parto; por lo que el pinzamiento no fue adecuado y las observaciones del personal médico no fueron certeras.²²⁹ Por ende, la referencia al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México no debió ocurrir, ya que no había emergencia obstétrica que tratar después de la extracción del producto de la gestación²³⁰, de ahí que se observa que dispusieron de recursos humanos, económicos y hospitalarios indispensables para la atención de emergencias reales. A su vez, los medicamentos proporcionados a la persona agraviada C (ketorolaco e indometacina) estaban contraindicados, ya que la paciente no presentaba trabajo de parto y por las semanas de gestación no debieron suministrárselos, aunado a que nunca se le informó a la persona agraviada C las consecuencias de dicho medicamento y por ende tampoco le fue requerido su consentimiento²³¹. Derivado de lo anterior, en el caso de la persona agraviada C, el personal médico de SEDESA no realizó un diagnóstico certero ni oportuno y tampoco recabó el consentimiento informado de la persona agraviada C, lo cual vulneró su derecho a la salud.

En el caso de la persona agraviada D, el personal médico de SEDESA omitió apoyarse en diferentes estudios para brindar un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno; no le realizaron estudios que permitieran saber que el parto vaginal no ocurriría.²³² En este caso, de haberse realizado los estudios que mostraran la desproporción de la cabeza del producto de la gestación respecto de la pelvis de la madre, pudo suponerse que el periodo de expulsión sería prolongado. Asimismo, se hubiese evitado la colocación de fórceps y el sufrimiento fetal.²³³ La atención médica brindada a la persona agraviada D no fue oportuna, ya que se prescribió oxitocina de una forma rutinaria y no obra evidencia de los registros de la contractilidad uterina; existió dilación para determinar si requería parto o cesárea; no se realizaron los estudios suficientes para determinar el procedimiento de parto vía vaginal y/o cesárea; se utilizaron fórceps, lo cuales estaban contraindicados²³⁴; por lo tanto, el personal médico del Hospital General Enrique Cabrera vulneró el derecho a la salud de la agraviada. Lo anterior también afectó a la persona agraviada entonces recién nacida D1, quien, derivado del inoportuno diagnóstico de desproporción cefalopélvica y de la necesidad de cesárea, presentó complicaciones, con un periodo expulsivo prolongado que le generó asfixia perinatal²³⁵, por lo que el personal médico de dicho hospital también vulneró el derecho a la salud de la persona agraviada entonces recién nacida D; como se señaló en la opinión médica del caso, las probabilidades de

²²⁸ Ver Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17 y 18.

²²⁹ Ver Anexo 3, evidencias 9, 11, 13, 14, 15, 16 y 18.

²³⁰ Ver Anexo 3, evidencias 9, 11, 13, 14, 15 y 18.

²³¹ Ver Anexo 3, evidencias 1, 2, 3 y 18.

²³² Ver Anexo 4, evidencias 2, 4, 5, 6 y 10.

²³³ Ver Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 10.

²³⁴ Ver Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 10.

²³⁵ Ver Anexo 4, evidencias 6, 7, 8 y 10.

presentar complicaciones médicas fetales hubieran sido menores de haberse realizado la cesárea antes del período expulsivo²³⁶.

En la nota de egreso de la persona agraviada entonces recién nacida D1 de manera textual se notificó lo siguiente: "se envía a centro de rehabilitación Gaby Brimmer, para estimulación temprana ante posibles secuelas neurológicas a mediano y largo plazo secundarias a asfixia perinatal".²³⁷

Aunado a lo anterior, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México omitió garantizar la disponibilidad de insumos básicos para hospitales de segundo nivel, como un banco de sangre en el Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, lo que vulneró el derecho al nivel más alto de salud posible por falta de disponibilidad de insumos básicos para la salud en el caso de la persona agraviada A²³⁸. Asimismo, en el caso de la persona adolescente agraviada B, al presentar hipotensión durante la cesárea que le fue practicada, se ordenó la realización de estudios de rayos X, electrocardiograma y valoración por medicina interna, lo cual no ocurrió por la falta de recursos materiales del Hospital General Enrique Cabrera, ya que en esos momentos en el nosocomio no contaban con papel para llevar a cabo los estudios ordenandos²³⁹, lo cual constituye una violación al derecho a la salud. Por lo que hace al hijo de la persona agraviada E, requería un medicamento que facilita la maduración pulmonar en prematuros, el cual no estaba disponible²⁴⁰, lo cual también evidenció la falta de disponibilidad de insumos del Catálogo de Insumos para la atención de casos de riesgo en el embarazo en hospitales de segundo y tercer nivel, en contravención del derecho a la salud.

Asimismo, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México vulneró el derecho al nivel más alto de salud posible de la persona agraviada E, por falta de disponibilidad y accesibilidad, en específico por la falta de acceso a la información, ya que, cuando ingresó al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras requería manejo con corticoides, que se brindan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Tercer Nivel; sin embargo, en dicho nosocomio no cuentan con un área de cuidados neonatales²⁴¹, aun cuando se trata de un Hospital Materno Infantil y en la página de la Secretaría de Salud se señala que en dicho nosocomio se atienden urgencias obstétricas, como la que presentaba la persona agraviada E. A su ingreso, la persona agraviada E no recibió información del Hospital Infantil Magdalena Contreras en cuanto a su capacidad resolutive de urgencias obstétricas²⁴². El personal médico también omitió recabar su consentimiento informado para el rasurado de vello púbico y brindarle información de forma completa, clara y oportuna para que otorgara su consentimiento respecto de un método de anticoncepción y planificación familiar; se le realizó el rasurado sin informarle al respecto ni recabar su consentimiento y la agraviada firmó dos formatos de consentimiento el mismo día respecto de métodos diversos (preservativos y oclusión tubaria bilateral).²⁴³ Entonces, el personal médico violó su derecho a la salud, ya que el último consentimiento fue recabado en un momento inadecuado para brindarle consejería amplia e informada, en virtud de que fue el mismo día de su traslado a otro hospital, aunado a que había dos

²³⁶ Ver Anexo 4, evidencias 8, 9, y 10

²³⁷ Ver Anexo 4, evidencia 8.

²³⁸ Ver Anexo 1, evidencias 8, 14, 17 y 36.

²³⁹ Ver Anexo 2, evidencias 6, 8, 11 y 15.

²⁴⁰ Ver Anexo 5, evidencias 7 y 14.

²⁴¹ Ver Anexo 5, evidencias 8 y 14.

²⁴² Ver Anexo 5, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 11 y 14.

²⁴³ Ver Anexo 5, evidencias 8, 9, 10, 14 y 15.

formatos de consentimiento diversos que fueron firmados por la persona agraviada E, sin que existiera certeza de cuál era su decisión informada; y aún así, se le practicó el método anticonceptivo definitivo²⁴⁴. El personal médico de la Secretaría de Salud violó su derecho a la salud, tanto por la falta de disponibilidad de servicios de cuidados intensivos neonatales, así como la omisión de proporcionarle información relacionada con los servicios de salud que requirió. Aunado a lo anterior, la atención médica brindada fue de mala calidad, ya que, por la negativa que recibió la persona agraviada E en diversos Hospitales del sector salud, no recibió atención médica oportuna; aunque desde su llegada al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, se buscó su referencia, fue casi dos días después que ésta se logró.²⁴⁵

Por lo anterior, se vulneró el derecho al nivel más alto de salud posible de las personas agraviadas A, B, C, D, D1 y E, por la falta de calidad, diagnóstico adecuado, disponibilidad de insumos necesarios para la atención de su salud y por la omisión de información clara y completa.

De las evidencias recabadas por esta Comisión, se acreditó que en el caso de la persona agraviada A, el personal médico de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México violó su derecho al nivel más alto de salud en relación con su derecho a la vida, por la falta de calidad en el servicio, tanto por la inadecuada valoración médica como por el retraso en la realización de la referencia. El personal médico del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras no llevó a cabo una adecuada vigilancia y diagnóstico de los padecimientos que presentó después del alumbramiento de su hijo. Si bien, ingresó a quirófano el 14 de mayo de 2015 en donde se le realizó cesárea y permaneció en sala de quirófano para observación,²⁴⁶ de esa primera intervención quirúrgica no obra constancia alguna de la cantidad de líquidos que perdió, así como de la involución uterina, por lo que la vigilancia que se le dio fue deficiente, ya que en las notas del expediente clínico se asentó que este primer procedimiento ocurrió sin complicaciones.²⁴⁷

Se evidencia la falta de un correcto seguimiento a la persona agraviada A, ya que no hay concordancia entre las notas de los médicos, que por un lado hablan de una posible reacción alérgica durante la cesárea y en otras de choque hipovolémico; esto resulta falto de calidad en la prestación de servicios médicos, debido a que la reacción alérgica se asumió como real aun cuando del expediente no se desprende estudio etiológico que la compruebe.²⁴⁸ Asimismo, el personal médico suministró medicamento para manejo de hipovolemia y no para atender un cuadro de alergia. Llama la atención que en las notas médicas se registró de manera diferenciada el manejo de sustancias, con relación a lo que se indica y suministra, lo cual refleja contradicciones que no dan certeza de las cantidades de sustancias provistas a la persona agraviada A.²⁴⁹ Y evidencian la inadecuada atención médica brindada que derivó en su muerte, vulnerando su derecho a la salud, en relación con su derecho a la vida.

Aunado a lo antes mencionado, cuando la persona agraviada A se encontraba en quirófano para observación, fue casi hasta las seis de la tarde cuando el personal de salud observó que la paciente estaba expulsando coágulos de sangre y hasta ese momento se reconoció que la salud de la

²⁴⁴ Ver Anexo 5, evidencias 8, 9, 10, 13, 14 y 15.

²⁴⁵ Ver Anexo 5, evidencias 4, 5, 8 y 14.

²⁴⁶ Ver Anexo 1 evidencias 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36 y 38.

²⁴⁷ Ver Anexo 1, evidencias 8, 10, 11, 16, 17, 34, 36 y 38.

²⁴⁸ Ver Anexo 1, evidencias 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 25, 34, 36 y 38.

²⁴⁹ Ver Anexo 1, evidencias 5, 8, 12, 16, 17, 19 y 36.

persona se estaba comprometiendo, por lo que le realizaron una gasometría, con el diagnóstico de hipotonía uterina, sin embargo, se había anotado en el expediente clínico que ella presentaba buena involución uterina.²⁵⁰ Aunque le practicaron una segunda intervención quirúrgica en donde se observó sangrado vaginal anormal y se realizó histerectomía por la hemorragia obstétrica y la hipotensión; de acuerdo a los registros, perdió una gran cantidad de sangre tan sólo de esta segunda intervención, pero no hay constancia que indique la pérdida de líquidos previa. Posteriormente la hemorragia obstétrica derivó en choque hipovolémico.²⁵¹ Por lo tanto, la inadecuada vigilancia del sangrado y de la involución uterina conllevó a la presencia de cuadro hemorrágico y por ende a un Choque hipovolémico, con sus respectivas complicaciones y tampoco se realizó un adecuado manejo al aparente cuadro anafiláctico²⁵².

Aunado a lo anterior, hubo un retraso en las gestiones para la referencia de la paciente a Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que la persona estuvo 3 horas y 30 minutos posteriores al término de la intervención sin recibir manejo de cuidados intensivos. Si bien desde las seis de la tarde se solicitó el traslado de la persona agraviada A, a una unidad que tuviera disponible una cama de terapia intensiva, en la segunda intervención se suspendió la referencia, y fue hasta las nueve de la noche que se gestionó nuevamente el traslado, transcurriendo alrededor de 1 hora con 30 minutos para que se realizara la referencia, aunado a ello; también se perdió tiempo por la tardanza en la disposición y arribo de la ambulancia del Centro Regulador.²⁵³

Es cierto que la persona agraviada A presentaba un cuadro irreversible, no obstante, es importante hacer notar que la falta de calidad en la atención derivó en el fallecimiento de la persona agraviada, lo cual también se relaciona con la falta de equipamiento adecuado, ya que aunque la Secretaría de Salud de la Ciudad de México indicó que la ambulancia en la cual se trasladó a la persona agraviada A era de alta tecnología, el ventilador de ésta no fue utilizado al momento de sacar a la persona agraviada A del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras para su traslado²⁵⁴, lo cual contraviene la Norma Oficial Mexicana relativa a la atención pre hospitalaria. A la par de lo anterior, durante el trayecto para llegar al Hospital de referencia, de acuerdo a las condiciones que presentó la paciente, es decir, disminución arterial, no se documentó que haya recibido maniobras de reanimación.²⁵⁵ Por todo lo anterior, el personal médico de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México violó el derecho al nivel más alto de salud en relación con el derecho a la vida.

VI. 3 Derecho a la integridad personal

La violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede traer como consecuencia la vulneración al derecho a la integridad personal, ya que éste depende en gran medida de la prestación de los servicios salud.²⁵⁶ Como lo ha señalado la Corte Interamericana, los derechos a la

²⁵⁰ Ver Anexo 1, evidencias 8, 13, 16, 18, 19 y 36.

²⁵¹ Ver Anexo 1, evidencias 8, 9, 11, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 25, 34, 36 y 38.

²⁵² Ver Anexo 1, evidencias 8, 16, 19, 36

²⁵³ Ver Anexo 1, evidencias 8, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 28, 29, 30, 32, 36 y 38.

²⁵⁴ Ver Anexo 1, evidencias 36 y 37.

²⁵⁵ Ver Anexo 1, evidencias 19, 20, 26, 27, 29, 30, 32 y 36.

²⁵⁶ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 121.





vida y a la integridad personal se encuentran directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana, ya que ésta tiene como objetivo la preservación de la integridad y de la vida²⁵⁷.

El derecho a la integridad personal se refiere al conjunto de condiciones físicas, psíquicas y morales que le permiten a la persona el desarrollo de su existencia y la conservación de su integridad en las tres dimensiones referidas, sin sufrir menoscabo en ninguna de ellas²⁵⁸. El núcleo de este derecho versa sobre la obligación del Estado de no someter a nadie a tortura o cualquier otro trato o pena cruel, inhumana o degradante²⁵⁹; sin embargo, este derecho incluye otras conductas violatorias que no alcanzan el nivel de severidad o no cumplen con otros requisitos exigibles para quedar comprendidas en las categorías prohibidas, pero que podrían constituir una violación a este derecho si se demuestra que dicha afectación no era necesaria en una sociedad democrática.²⁶⁰

Al respecto, la Corte IDH ha referido que las vulneraciones al derecho a la integridad personal incluyen actos que afectan tanto la integridad física como la psicológica²⁶¹ de la persona, con "diversas connotaciones de grado y cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos mismos que deberán ser demostrados en cada situación concreta".²⁶² A su vez, la ONU ha precisado que las exigencias del derecho a la integridad personal no sólo corresponden a los servidores públicos encargados de hacer cumplir la ley, "sino que también puede[n] aplicarse a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales [...]".²⁶³ Incluso, resalta que "los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género"²⁶⁴, tales como el maltrato y la humillación en entornos institucionales, las esterilizaciones involuntarias, la denegación del acceso a servicios de salud, la atención posaborto y los abortos forzosos²⁶⁵.

A nivel internacional, este derecho se encuentra previsto en los siguientes artículos: 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 7 y 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y

²⁵⁷ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador*. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 117; Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Párrs. 89 y 90.

²⁵⁸ Afanador C. María Isabel. El derecho a la integridad personal. Elementos para su análisis. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, volumen 9, número 30, septiembre-diciembre 2002. Universidad Autónoma del Estado de México, pág. 147.

²⁵⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 5.2.

²⁶⁰ Medina Quiroga, Cecilia. La Convención Americana: Vida, Integridad Personal, Libertad Personal, Debido Proceso y Recurso Judicial. Págs. 138 – 184, en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/23072.pdf>

²⁶¹ Corte IDH. *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 185.

²⁶² Corte IDH. *Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de noviembre de 2010. Serie C No. 220, párr. 133.

²⁶³ ONU. 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 período de sesiones, resolución A/HRC/22/53, Ginebra, 2013, párr. 24

²⁶⁴ ONU. 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 período de sesiones, resolución A/HRC/22/53, Ginebra, 2013, párr. 46

²⁶⁵ ONU. 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 período de sesiones, resolución A/HRC/22/53, Ginebra, 2013, párr. 46

Políticos; 16 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. A nivel nacional, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), se consagra el derecho a la integridad personal en diferentes artículos (16, 19, 20 y 22), según los cuales nadie puede ser molestado en su persona, familia o domicilio, se prohíben los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, otras penas inusitadas o trascendentales, entre otros.

Se precisa que la observancia del derecho a la integridad personal no sólo supone que ninguna persona sufra intencionalmente alteraciones en su integridad física, psíquica y moral por parte de agentes estatales²⁶⁶; también requiere que el Estado adopte todas las medidas apropiadas para salvaguardar y preservar el derecho a la integridad personal²⁶⁷; es decir, debe cuidar y prevenir la vulneración de la integridad personal²⁶⁸ de quienes se encuentran recibiendo atención médica, ya que cuando la persona está internada como paciente en un hospital público, se encuentra bajo cuidado del Estado²⁶⁹.

Aunado al deber de cuidado y debida diligencia que tienen los servidores públicos respecto de los pacientes, su actuación debe ser acorde a la finalidad de la atención médica, que es "la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud"²⁷⁰. Por lo tanto, la Corte Interamericana ha determinado que "una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente"²⁷¹.

A mayor abundamiento, la Comisión Interamericana ha señalado que, "en casos de mala praxis médica, el Estado tiene un deber especial de cuidado en virtud de la afectación al estado de salud e integridad física de la víctima"²⁷²; y la Corte Interamericana ha determinado que "la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del art. 5.1 de la Convención"²⁷³. Por lo tanto,

²⁶⁶ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, Artículo 3, fracción VI; Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas, Principio I; Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 5; Corte IDH. Caso Espinoza González Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 140.

²⁶⁷ Corte IDH. Caso "Instituto de Reeducción del Menor" vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 158.

²⁶⁸ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 146.

²⁶⁹ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 144

²⁷⁰ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 139.

²⁷¹ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 149

²⁷² Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 89

²⁷³ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 130

para dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal en el marco de la salud, "los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones."²⁷⁴

Por lo tanto, el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias²⁷⁵ para proteger y preservar el derecho a la vida y a la integridad personal²⁷⁶ de las personas bajo su cuidado, ya que las autoridades resultan responsables por las muertes evitables y los daños a la integridad por la inadecuada atención médica, la falta de disponibilidad de servicios de salud y la negligencia médica.

Asimismo, en el caso de urgencias médicas, el Estado vulnera el derecho a la integridad personal por las afectaciones físicas y psicológicas derivadas de la falta de adopción de medidas para la prevención del riesgo, como enfermedades o lesiones, o por actuar negligentemente en dichas situaciones, que pudieron haber sido evitadas o mitigadas²⁷⁷. Incluso, el Estado debe prevenir de manera razonable aquellas situaciones de riesgo que pudieran conducir, aún por omisión, a la supresión de la inviolabilidad del derecho a la vida.²⁷⁸ Por lo tanto, los servidores públicos tienen un deber especial de cuidado y prevención frente a situaciones de riesgo real y conocido para la vida de una persona²⁷⁹ y ante necesidades particulares de protección de la persona, en razón de su condición personal o de la situación específica de vulnerabilidad en la que se encuentre,²⁸⁰ como padecer una enfermedad, una emergencia médica o sufrir una lesión, de lo cual deriva un estado de indefensión que depende en gran medida de la atención médica que reciba.

Resalta que el Estado debe tomar en especial consideración la situación de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas adolescentes, ya que "son más vulnerables a los abusos, a otros tipos de violencia y explotación y su salud y desarrollo corren grandes peligros"²⁸¹; por lo tanto, deberá "prestar atención a las necesidades específicas de las niñas (adolescentes)"²⁸², así como adoptar

²⁷⁴ Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 132.

²⁷⁵ Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Observación General No. 6: Derecho a la vida (artículo 6), 16º período de sesiones (1982), párr. 1 y 5.

²⁷⁶ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, Sentencia del 29 de marzo de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 152; Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 121; Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 141.

²⁷⁷ CIDH. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II, Doc. 64, 31 diciembre 2011, párr. 285; Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 172 y 178; Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Sentencia de 29 de marzo de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 155.

²⁷⁸ Voto disidente de los jueces Picado Sotela, Aguiar-Aranguren y Cançado Trindade en el Caso Gangaram Panday vs. Surinam (Corte IDH), Sentencia del 21 de enero de 1994 (Fondo, reparaciones y costas), párr. 4.

²⁷⁹ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, óp. cit, párr. 155.

²⁸⁰ Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, óp. cit, párr. 154; Corte IDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela, óp. cit., párr. 47.

²⁸¹ Comité de los Derechos de los Niños. Observación General No. 4 (2003) La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003, párr. 6.

²⁸² Comité CEDAW, Recomendación General No. 28 Proyecto de Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010, párr. 21

“medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas”²⁸³; lo cual guarda estrecha relación con el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Asimismo, el Estado está obligado a tomar todas las medidas positivas, con la debida diligencia estricta²⁸⁴, que les aseguren a las niñas, niños y adolescentes protección contra malos tratos y otras violaciones a su integridad personal y a la vida²⁸⁵, debido a las obligaciones reforzadas del Estado de respetar, proteger y garantizar el sano desarrollo y el bienestar psicosocial de las niñas y niños, orientados por el principio del interés superior de la niñez²⁸⁶.

Es indispensable considerar que el evento del parto implica un estado vulnerable para la mujer, por tanto, al ser receptoras de violencia psicológica transmitida a través del lenguaje por parte del personal de salud que son las personas encargadas de atender sus partos y debieran brindarles seguridad y apoyo emocional, les genera vulneración y afectaciones emocionales de importancia psicosocial respecto de la atención a la salud.

En los casos 2, 3, 4 y 5 de esta Recomendación, la CDHDF acreditó que personal médico adscrito a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México vulneró el derecho a la integridad de las personas agraviadas B, C, D, y E, así como de la persona agraviada recién nacida D1, en virtud de las afectaciones físicas y psicológicas generadas con motivo de las violaciones a su derecho a la salud y a su derecho a una vida libre de violencia. En incumplimiento de su deber de cuidado y debida diligencia, el personal médico del Hospital General Enrique Cabrera, del Hospital Materno Infantil Tláhuac y del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras omitió garantizar que su actuación fuera acorde a la finalidad de la atención médica, la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente.²⁸⁷

En el caso D, por el contrario, la inadecuada atención que brindaron a la persona agraviada D y a la persona agraviada entonces recién nacida D1 les generó afectaciones físicas, ya que la primera sufrió una infección en la herida quirúrgica, mientras que la segunda presentó lesiones asociadas con la vía de nacimiento, así como asfixia perinatal y posibles afectaciones neurológicas²⁸⁸, lo cual resulta aún más grave considerando que la persona agraviada acababa de nacer, por lo que la autoridad omitió actuar con estricta debida diligencia en atención al interés superior de la niñez para garantizar la integridad personal de la persona recién nacida. Las afectaciones a la integridad física

²⁸³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 periodo de sesiones, 200, UN Doc. E/C.12/2000/4, párr. 22.

²⁸⁴ Corte IDH. Caso Veliz Franco y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2014, párr. 147.

²⁸⁵ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-17/2002, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño, 28 de agosto de 2002, párr. 87.

²⁸⁶ Corte IDH. Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, Párr. 182; Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 19; Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 19; Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Artículo 46.

²⁸⁷ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16; Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19; Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; Anexo 5, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15

²⁸⁸ Ver Anexo 4, evidencias 3, 4, 5, 6 y 10.



de la persona agraviada entonces recién nacida D1 se encuentran asociadas al período expulsivo prolongado que generó asfixia perinatal, por lo que si se hubiera diagnosticado la desproporción cefalopélvica oportunamente y se hubiera realizado la cesárea antes del período expulsivo, las probabilidades de presentar dichas complicaciones hubieran sido menores²⁸⁹; esto evidencia la falta de debida diligencia y cuidado en la actuación del personal médico, que puso en riesgo su integridad y su sano desarrollo, vulnerando el derecho a la integridad personal de la persona agraviada entonces recién nacida D1.

Asimismo, el personal médico de SEDESA vulneró el derecho a la integridad personal de las personas agraviadas B, C, D y E, ya que su acciones y omisiones en la atención médica, en específico la violencia obstétrica que perpetraron en contra de las agraviadas y la inadecuada/inoportuna atención médica proporcionada, les ocasionaron afectaciones psicológicas²⁹⁰. Muestra de ello es que la persona adolescente agraviada B presenta depresión severa y ansiedad, sentimientos de vacío, soledad, culpa y llanto, sentimientos devaluatorios sobre su persona; durante los hechos tuvo una intensa sensación de pérdida de control y de dolor intenso²⁹¹; para la persona agraviada C los hechos fueron una experiencia traumática, presentando sentimientos de vacío, culpa, miedo y duelo activo, así como sintomatología relacionada con depresión severa y ansiedad²⁹²; la persona agraviada D presenta estrés postraumático y un nivel "moderado" de depresión, así como afectaciones psicofísicas, en particular síntomas dolorosos en espalda y cabeza²⁹³; la persona agraviada E se encuentra en un proceso de duelo y presenta sintomatología depresiva moderada, síntomas ansiosos, de inseguridad, impotencia, miedo, incertidumbre, enojo y tristeza²⁹⁴.

Derivado de lo anterior, esta Comisión acreditó que el personal médico de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México vulneró el derecho a la integridad personal de las personas agraviadas B, C, D y E, así como de la persona agraviada recién nacida D1.

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

Esta Comisión advierte respecto a los derechos violados en la presente Recomendación, considerando que el ambiente hostil que impera en contra de las mujeres en esta Ciudad y a nivel nacional es un factor que debe ser erradicado para la materialización de la equidad e igualdad en una sociedad. El ambiente de constante agresión hacia las mujeres es en muchos sentidos producto de las prácticas culturales machistas que se producen y reproducen a nivel institucional, generando con ello relaciones de poder asimétricas en contra de las mujeres, permitiendo así que impere la violencia de género.

A esta Comisión le preocupa de manera fundamental el maltrato que padecen las mujeres dentro de las instituciones de salud públicas, ya que los hospitales y las clínicas que proporcionan los servicios

²⁸⁹ Ver Anexo 4, evidencias 5, 6, 8, 9 y 10.

²⁹⁰ Ver Anexo 2, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16; Anexo 3, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19; Anexo 4, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; Anexo 5, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

²⁹¹ Ver Anexo 2, evidencia 1.

²⁹² Ver Anexo 3, evidencia 19.

²⁹³ Ver Anexo 4, evidencias 9 y 11.

²⁹⁴ Ver Anexo 5, evidencias 13 y 15.

de salud en la Ciudad de México, son los lugares beneficiarios para acceder a servicios de salud principalmente de poblaciones vulnerables y que no cuentan con la posibilidad de acceder a servicios privados, en ellos, pese a la observación recurrente de este organismo público autónomo, siguen perpetuándose prácticas nocivas verbales y físicas durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

Por lo que, le resulta alarmante que dentro del sistema de salud de la Ciudad de México se continúen generando violaciones a derechos humanos de las personas que habitan la ciudad, las cuales pueden verse reflejadas en el número de defunciones de mujeres y complicaciones en la atención del parto, muchas veces provocadas por las omisiones en la atención y cuidado hospitalario, que podrían ser evitables y que ponen en riesgo la salud e integridad personal de las mujeres durante la etapa gestacional, parto y puerperio, e incluso en algunos casos puede afectar la viabilidad de los fetos o la supervivencia de las personas recién nacidas.

En recomendaciones anteriores, esta Comisión ha abordado dicha problemática (10/2006, 13/2006, 02/2009, 07/2011, 15/2012) siendo la más reciente la 3/2015 emitida a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por la *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 o puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimiento innecesarios y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos*.²⁹⁵ Para esta Comisión, resulta pertinente reparar en este documento que, si bien, la Recomendación 3/2015 fue aceptada el 18 de junio de 2015, hace más de dos años, actualmente sólo se ha dado cumplimiento a dos de sus 13 puntos recomendatorios. Por una parte, se reconoce que la SEDESA capacitó a su personal en relación a sus derechos y obligaciones durante la prestación del servicio para la atención de embarazos, partos y puerperios, derechos humanos y derechos reproductivos, con perspectiva de género; derechos de la niñez, la cual contó con la colaboración de la Dirección Ejecutiva de Educación por los Derechos Humanos de esta Comisión. Asimismo, brindó atención en salud emocional y física a una de las personas agraviadas a quien le fue practicada salpingoclasia sin su consentimiento, remitió los proyectos de campaña de sensibilización para contar con la aprobación de este Organismo, remitiendo con posterioridad versiones finales del díptico con información para mujeres embarazadas que informa sobre el bienestar obstétrico, así como, material para sensibilizar al personal de salud.

No obstante, respecto a los 12 puntos recomendatorios restantes, actualmente se encuentran en seguimiento, entre los que cabe señalar: la remisión por parte de la autoridad de las propuestas de reparación material de 10 casos; brindar atención psicológica a personas agraviadas que padecieron el deceso de sus hijos; la incorporación a Programas Sociales de la Ciudad de México a 12 personas agraviadas; y la elaboración del Diagnóstico sobre la Situación Violencia Obstétrica y las Cédulas de Satisfacción de las Usuarias de Servicios Materno infantiles.

Si bien es cierto, la Secretaría de Salud paulatinamente ha ido implementando mecanismos para procurar que las prácticas violatorias de derechos humanos se erradiquen, resulta evidente que el sistema de salud de la Ciudad de México continúa con problemas estructurales y actitudes institucionales que violentan derechos humanos, como se evidenció en los 5 casos abordados en la

²⁹⁵ Recomendación 3/2015. Disponible en: <http://cdhdf.org.mx/2015/05/recomendacion-32015/> [Consultada el 08 de agosto de 2017].



presente Recomendación, ya sea por tratamientos o diagnósticos inadecuados o inoportunos, dilación en la referencia, falta de capacitación del personal o a falta de cercanía entre médico y paciente o en su caso personal de enfermería y paciente, así como la falta de información sobre los tratamientos y diagnósticos en lenguaje claro y accesible. Razón por la que esta Comisión considera, que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México debe realizar un esfuerzo mayor para erradicar las prácticas médicas negligentes que atentan contra la salud materno-infantil, e incrementar los recursos e insumos para la atención en la salud de las mujeres.

De igual manera, esta Comisión reitera su preocupación respecto de que los hospitales del sistema de salud de la Ciudad de México son hospitales-escuela, por lo cual resulta alarmante la posibilidad de que la reproducción de malos tratos sea parte del aprendizaje recibido por el personal médico en formación, lo que ocasionaría que dichas prácticas siguieran llevándose a cabo.

De acuerdo a lo desarrollado en el presente instrumento, es necesario generar un ambiente de atención médica que proporcione seguridad, respeto y calidez a las mujeres que cursan una etapa de embarazo, parto o puerperio, dado que el estado en el que se encuentran las hace más vulnerables a causa de una serie de cambios físicos, químicos y biológicos que las impactan emocionalmente, garantizando que éstos eventos se vivan en un ambiente de total dignidad y libertad.

Este Organismo reconoce que los problemas de atención materna trascienden al ámbito médico, por encontrarse íntimamente relacionados con la injusticia social, la discriminación, la pobreza, la ausencia del reconocimiento y disfrute de los derechos humanos. La violencia obstétrica en los servicios de salud debe entenderse como un problema social donde confluyen relaciones de poder, discriminación y una nula perspectiva de género; dónde se identifican dos aristas como las causas subyacentes de que aún persistan estas prácticas que violentan los derechos humanos de las mujeres que cursan una etapa de embarazo: las deficiencias del sistema de salud de esta ciudad en cuanto a disponibilidad de insumos, personal capacitado y/o especializado, adecuadas condiciones laborales, entre otros y; la violencia de género y discriminación de la mujer con base en estereotipos de género que aún permean en la sociedad y las instituciones.

Por lo anterior, este Organismo hace un llamado a las autoridades de la Ciudad de México para que logren que la atención hospitalaria que se ofrece a las mujeres en etapa gestacional, parto o puerperio, sea suficiente, oportuna y de calidad para la resolución de cualquier evento obstétrico, además de que se brinde una atención calificada a todas las mujeres que lo necesiten. También es indispensable la formación y capacitación continua de su personal, para que se demuestre de manera cotidiana su eficacia en la atención del pre parto, parto y puerperio.

En consecuencia, es necesario tal y como ya se había manifestado en recomendaciones anteriores emitidas por este Organismo local, la implementación de una política pública integral que garantice la no repetición de las violaciones a los derechos de las mujeres y adolescente que cursaban un embarazo, mismos que se documentaron en la presente Recomendación, impulsándola desde diversos ámbitos, a fin de que se provea al Sistema de Salud de la Ciudad de México de personal capacitado, así como de la infraestructura necesaria para que brinde una atención de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente, con perspectiva de género y enfoque diferencial que no ponga en riesgo la salud y la vida de las mujeres y de sus hijas e hijos en general.

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

La reparación integral del daño, junto con la verdad y la justicia son derechos que las víctimas, así como la sociedad en su conjunto tienen para enfrentar la vulneración de los derechos fundamentales cometidas por el Estado. Por lo que en aras de que solo exista un efecto sustitutivo sino también correctivo, orientado a identificar, atemperar, eliminar los factores causales de las violaciones de los derechos humanos, las reparaciones deben de tener una “vocación transformadora” de la realidad que logren avanzar hacia una sociedad más igualitaria, que fortalezca el Estado Democrático de Derecho.²⁹⁶

Cuando agentes estatales incumplen con sus obligaciones –como en los casos contenidos en esta Recomendación– de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y, que como consecuencia provocaron que se violentaran los derechos humanos descritos en los párrafos que anteceden; el Estado tiene el deber de reparar a las víctimas. La reparación del daño debe ser integral; lo que no solo consiste en resarcir por los daños provocados, sino también por los efectos políticos y sociales que se generaron.²⁹⁷

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que la obligación de reparar: “Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación tiene que hacer cesar las consecuencias de la violación”.²⁹⁸ Por lo tanto, el deber de reparar a cargo del Estado, ante violaciones a derechos humanos, consiste en que la “reparación sea adecuada, efectiva y rápida [con] la finalidad de promover la justicia [y] remediando violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos [...], la cual ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y el daño sufrido [...]”.²⁹⁹

Respecto al alcance y contenido de las reparaciones implica que [l]as medidas deben tender a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas y dependiendo 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 [...]”.³⁰⁰

²⁹⁶ Corte IDH. Caso González y Otras (Campo Algodonero). Excepción Preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Párrafo 450:

²⁹⁷ Serrano Sandra y Daniel Vázquez. Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos. Flacso-México, 2013, pág. 93.

²⁹⁸ Corte IDH, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Op. Cit. Párrafo 208; Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C, No. 144. Párrafo 295

²⁹⁹ Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 2005. Principio número 15

³⁰⁰ Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de

Atendiendo además a la obligatoriedad de lo establecido en el ordenamiento jurídico mexicano que, claramente dicta que todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los mismos, de acuerdo al artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que toda víctima de violaciones a derechos humanos, sea directa o indirecta, tiene derecho, una vez que se acredita tal vulneración, a una reparación por parte del Estado, en razón del daño causado. 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 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 organismos internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido [...].³⁰¹

Por su parte, la Ley General de Víctimas, reglamentaria del artículo 1° párrafo tercero constitucional, establece la obligación de las autoridades de los tres ámbitos de gobierno, de los tres poderes Constitucionales, así como de cualquier oficina, dependencia, organismo o institución pública o privada que vele por la protección de las víctimas, de proporcionarles ayuda, asistencia o reparación integral.

En dicha Ley se contempla que la reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, que se deberán de llevar a cabo de acuerdo a la gravedad y magnitud de la violación a derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

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

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

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

junio de 2005. Serie C, No. 125. Párrafos 182 y 193.

³⁰¹ SCJN, Novena Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Tomo XXXIII, Enero de 2011, Tesis P/J/LXVII/2010, página 28.

En los casos contenidos en esta Recomendación se ha acreditado la violación a los derechos a una vida libre de violencia, a la integridad personal y al derecho al nivel más alto de salud posible de cinco mujeres que cursaban un embarazo, una de ellas adolescente y del derecho a la vida de otra que perdió la vida durante el puerperio.

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,³⁰² 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 realizara tomando en consideración estándares internacionales. En este sentido se establece la reparación por daño material (daño emergente y lucro cesante), y daño inmaterial.

Además, para ser integral, la reparación deberá incluir el daño al proyecto de vida, el cual “implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Dicho daño se deriva de las limitaciones sufridas por una persona para relacionarse y gozar de su entorno personal, familiar o social, por lesiones graves de tipo físico, mental, psicológico o emocional que se le hayan ocasionado”³⁰³; incluso la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que el daño al proyecto de vida se puede producir por la demora en el proceso judicial y su ejecución, afectando gravemente el desarrollo personal, familiar, social y laboral de la persona agraviada, “privándolo de la posibilidad de construir una proyecto de vida propio, autónomo e independiente”.³⁰⁴

Para reparar este tipo de daño, generalmente se requieren medidas indemnizatorias, de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en virtud de que “atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. Asimismo, se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales”.³⁰⁵

A su vez, la reparación deberá tener en cuenta la situación de discriminación y violencia en la que se enmarcan los hechos, por lo que “las reparaciones deben tener una vocación transformadora de dicha situación, de tal forma que las mismas tengan un efecto no solo restitutivo sino también correctivo.”³⁰⁶ Además, las reparaciones deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona agraviada, como la edad y el género.³⁰⁷

³⁰² Publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de septiembre de 2014.

³⁰³ 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. 314

³⁰⁴ Corte IDH. Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párr. 320.

³⁰⁵ 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. 314.

³⁰⁶ Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 450.

³⁰⁷ Corte IDH. Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 252 y 253.



Teniendo en cuenta lo anterior, este Organismo considera procedente la reparación de los daños ocasionados por esas violaciones, en los términos siguientes:

Modalidades de la reparación

Indemnización

La indemnización es reconocida como una medida compensatoria³⁰⁸ y se refiere a los perjuicios materiales sufridos; entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante y el daño moral sufrido por las víctimas. Esta 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.

La indemnización no puede implicar ni un empobrecimiento, ni un enriquecimiento para las víctimas.³⁰⁹

En los casos de la víctima indirecta A1, la persona adolescente agraviada B y las personas agraviadas C, D y E, se les deberá indemnizar de manera integral, como reparación del daño que les generó las violaciones a los derechos humanos descritas en el presente instrumento.

En relación a la víctima indirecta A1, esposo de la persona agraviada A, para efectos de la indemnización deberá considerarse que el mismo se encuentra brindando los cuidados a los hijos de la persona fallecida.

A fin de determinar el monto correspondiente a la indemnización por daño inmaterial, deberá tomarse en cuenta las conclusiones de impactos psicosociales de la persona adolescente agraviada B y de las personas agraviadas C, D y E que reflejan las afectaciones psicoemocionales que padecen derivadas de los hechos de violencia obstétrica que se perpetraron en su contra, asimismo, se deberá tomar en consideración el fallecimiento de los hijos de las personas agraviadas B, C y E.

Satisfacción

La Comisión Interamericana de Derecho Humanos ha considerado que la satisfacción es “toda medida que el autor de una violación debe adoptar, conforme al derecho consuetudinario o tratado, a parte de la restitución y la compensación y que tiene como fin el reconocimiento de la comisión de un acto ilícito”.³¹⁰

De acuerdo a los principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones

³⁰⁸ Corte IDH. Caso Velázquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988, Párrafo 189.

³⁰⁹ 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. Series “C”. No. 121.

³¹⁰ Escrito de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, remitido a la Corte Interamericana, sobre las reparaciones debidas por la República de Colombia en el caso por la desaparición y muerte de 19 comerciantes, 24 de marzo de 2003. Párrafo 5.

manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves, cuando sea pertinente y procedente, la satisfacción debe abarcar la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) el compromiso político y la voluntad para reconocer y aceptar que las personas en custodia de una autoridad son siempre su responsabilidad; c) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; d) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de las víctimas; e) una disculpa pública; y f) la aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a los responsables de las violaciones.³¹¹

Derivado de la mala atención médica y/o la violencia obstétrica infringida en contra de las personas agraviadas, consistente en tratos humillantes, comentarios groseros, irónicos que, provocaron afectaciones emocionales en las mismas; es dispensable para esta Comisión que en todos los casos, previo acuerdo con las víctimas, reciban disculpas- y que las mismas se realicen con acompañamiento del personal de esta CDHDF, así como de persona de su confianza-, y en el caso de la persona agraviada E, se le deberá dar una explicación verbal por parte de los médicos y personal de enfermería que le atendió en una ceremonia de disculpa privada.

Rehabilitación

Las medidas de rehabilitación pretenden dar tratamiento a las afectaciones físicas, psíquicas y morales que puedan ser objeto de asistencia médica y psicológica oportuna, que deberán ser previamente acordadas con las víctimas. Estas medidas tienen por objeto reducir los padecimientos físicos y psicológicos de las víctimas, derivados de las violaciones establecidas³¹², a través de medidas dirigidas a brindar atención médica, psicológica, jurídica y social³¹³ adecuada, que permitan el restablecimiento de la dignidad y la reputación de las víctimas, así como los servicios jurídicos y sociales que requieran. Para cumplir con estos objetivos, las medidas de atención deberán ser brindadas de forma gratuita e inmediata, incluyendo la provisión de medicamentos y los gastos directamente relacionados, que sean estrictamente necesarios.³¹⁴

Por lo tanto, en los casos de la presente Recomendación, el Estado deberá brindar gratuitamente, y de forma inmediata, adecuada, integral y efectiva, el tratamiento médico y psicológico y/o psiquiátrico, a las personas agraviadas y sus familiares, atendiendo a sus especificidades de género y edad, previo consentimiento informado. Debiendo incluir el suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente requieran, asimismo, en la medida de lo posible deberá prestarse los tratamientos respectivos en los centros más cercanos a sus lugares de residencia por el tiempo que sea necesario. Los profesionales que los atiendan deberán tener experiencia y formación suficiente para tratar tanto los problemas de salud, físicos y psicológicos que padezcan las personas agraviadas y sus familiares, como "los traumas psicológicos ocasionados como resultado de la violencia de género, la falta de respuesta estatal y la impunidad".³¹⁵ En específico, "el tratamiento

³¹¹ ONU, Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de los Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional, artículo 222.

³¹² 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.

³¹³ Ídem, Principio No. 21.

³¹⁴ Corte IDH. Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 252.

³¹⁵ Corte IDH. Caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México. Sentencia de 16 de noviembre de 2009,



psicológico o psiquiátrico debe brindarse por personal e instituciones estatales especializadas en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso. En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas".³¹⁶

Respecto de las personas menores de edad agraviadas, el Estado deberá brindarles tratamiento, servicios y atención médica y psiquiátrica, así como posteriormente un seguimiento a largo plazo, para promover su "recuperación física y psicológica y la reintegración social [...] en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño".³¹⁷ Asimismo, "[s]e debe dar prioridad a medidas educativas que les permitan desarrollar actitudes, competencias y comportamientos más propicios a la vida en sociedad. Al mismo tiempo, deben examinarse sus condiciones de vida y fomentar la atención y el apoyo a esos niños".³¹⁸

En ese sentido en los casos de las personas agraviadas C, D, E y de la persona adolescente agraviada B, quienes padecen afectaciones psicoemocionales, se les deberá brindar de manera oportuna y gratuita atención médica y psicológica que requieran, a la par de un proceso de evaluación periódica y seguimiento médico especializado a fin de garantizarles un buen desarrollo físico y psicológico adecuado.

Por lo que respecta a la persona agraviada entonces recién nacida D1, deberá otorgársele atención médica oportuna en las especialidades de neurología, cardiología y rehabilitación; derivado de las posibles afectaciones que pudiera padecer por el parto prolongado al que estuvo expuesto.

En el caso de la persona agraviada A, quien falleció, se deberá compensar monetariamente a la víctima indirecta A1 por los gastos generados por el sepelio de la víctima.

Asimismo, respecto de la víctima indirecta A1, de la persona adolescente agraviada B y de las personas agraviadas C, D y E, la Secretaría de Salud deberá realizar las gestiones necesarias para que se les inscriba en programas sociales.

Garantías de no repetición

Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la violación no se repita.³¹⁹ Como parte de la obligación de garantizar los derechos humanos, el Estado debe prevenir las violaciones a dichos derechos, a través de medidas administrativas, jurídicas, políticas y culturales que "promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de

Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Párr. 549.

³¹⁶ Corte IDH. Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216, párr. 253.

³¹⁷ Comité de Derechos del Niño. Observación General No. 13: Derecho del niño no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011.

³¹⁸ Comité de Derechos del Niño. Observación General No. 13: Derecho del niño no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011.

³¹⁹ Corte IDH. Caso Barranca Velásquez vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie C No. 70, Párrafo 40.

acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales.”³²⁰ La estrategia de prevención que adopte el Estado debe ser integral, previniendo los factores de riesgo y a la vez fortaleciendo las instituciones para que “puedan proporcionar una respuesta efectiva a los casos de violencia contra la mujer”.³²¹

En ese sentido, se concluye que la autoridad identificada como responsable por actos u omisiones en virtud de las cuales violó derechos humanos en los casos que se presentan en la Recomendación, tiene la obligación de implementar medidas que prevengan la repetición de los hechos que dieron origen a las violaciones a derechos humanos que se describen en este instrumento regulatorio.

Por lo anterior, es importante tener presente que los derechos a una vida libre de violencia y al derecho al nivel más alto de salud posible, en relación el derecho a la vida y a la integridad personal, necesitan de políticas públicas integrales con perspectiva de género a fin de evitar que los hechos relatados en el presente instrumento vuelvan a ocurrir y se prevenga cualquier tipo de violación a los derechos de las mujeres embarazadas. De tal forma es necesario que se brinde capacitación en materia de derechos humanos a los funcionarios públicos, en este caso al personal médico, de enfermería, trabajo social y administrativo, ello con la finalidad de “brindar al funcionario público nuevos conocimientos, desarrollar sus capacidades, permitir su especialización en determinadas áreas novedosas, prepararlo para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar mejor las tareas asignadas”.³²²

Por lo anterior, y con fundamento en los artículos 1° y 122 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, 46, 47, 48, y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como en los artículos 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142 y 144 del Reglamentos Interno de este Organismo, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

IX. Recomienda:

A la Secretaría de Salud de la Ciudad de México

PRIMERO.- Dentro del plazo máximo de 180 días naturales, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se indemnice a las víctimas directas e indirectas, según sea el caso, por concepto de daño material e inmaterial, considerando los hechos específicos que vivieron y lo señalado en el apartado VIII del presente instrumento. Lo anterior se deberá llevar a cabo tomando en consideración las características de las víctimas (edad, género y situación económica), las violaciones que les fueron perpetradas y las afectaciones físicas y psicoemocionales que se derivaron.

³²⁰ Corte IDH. Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 2015. Serie C No. 307, párr. 107.

³²¹ Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No.205, párr. 258.

³²² Caos Claude Reyes y otros vs. Chile. Supervisión de Cumplimiento de Sentencias. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 24 de noviembre de 2008, considerando décimo noveno; Caso Escher y otros vs. Brasil, párrafo 251, y Caso Rosendo Radilla Pacheco vs México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Párrafo 346.



SEGUNDO.- En un plazo no mayor de 15 días naturales, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, previo consentimiento de las personas víctimas, realicen los trámites correspondientes con el fin de proporcionarles el tratamiento y acompañamiento médico y psicológico oportuno, especializado y gratuito que ellas requieran, y por el tiempo que sea necesario. Lo anterior como medida de rehabilitación para revertir las consecuencias de las afectaciones en su estado de salud físico y emocional, ocasionadas por la violación de sus derechos, de conformidad con el apartado VIII de este instrumento.

TERCERO.- En un plazo no mayor a 90 días naturales, se realice, como medida de satisfacción para las víctimas, una ceremonia privada e individual para cada los casos 1, 2, 3, 4 y 5 en la que personal de la SEDESA realice una disculpa y reconocimiento de responsabilidad por los hechos materia de la presente recomendación.

CUARTO.- Dentro del plazo máximo de 15 días naturales, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen los trámites correspondientes con el fin de brindar atención oportuna, gratuita y especializada en neurología, cardiología y rehabilitación a la persona agraviada D1, a fin de diagnosticar y atender posible afectaciones sufridas derivadas del parto. Dicha atención deberá ser consentida previamente por las personas tutoras de la persona agraviada D1.

QUINTO.- En un plazo no mayor de 120 días naturales, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, previa solicitud de las personas agraviadas, se realicen las gestiones a fin de que puedan acceder a los programas sociales con los que cuentan las instituciones públicas de la Ciudad de México que sean aplicables para cada caso en especial.

SEXTO.- Dentro del pazo máximo de 120 días naturales, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, brindar capacitación en materia de derechos humanos al personal que se desempeña en la prestación de los servicios de salud materno-infantil -de conformidad con lo señalado en la recomendación 3/2015- en los Hospitales Materno Infantil Magdalena Contreras, General "Enrique Cabrera" y Materno Infantil de Tláhuac. Respecto a la capacitación recibida se deberá incluir controles de evaluación, mismos que deberán contar con el visto bueno de la Dirección Ejecutiva de Educación por los Derechos Humanos de este Organismo.

SÉPTIMO.- Dentro de un plazo máximo de 90 días naturales, contado a partir de la aceptación de la presente recomendación, se deberá priorizar el cumplimiento de los puntos recomendatorio noveno, décimo, undécimo, duodécimo, decimotercero de la recomendación 3/2015, a fin de que se pongan en marcha las acciones encaminadas a brindar una mejor atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

OCTAVO.- Dentro del proyecto de presupuesto anual 2018 de la Secretaría de Salud, se incluya una partida o rubro, para que se contemplen los recursos públicos necesarios, para cumplir cabalmente con las recomendaciones y medidas de no repetición emitidas por esta Comisión.

A la Asamblea Legislativa del Distrito Federal como autoridad colaboradora:

NOVENO.- Con base en sus atribuciones en materia de presupuesto y cuenta pública de la administración pública de la Ciudad de México, y en consideración con lo expuesto en el punto

octavo recomendatorio, se revise el incremento de la partida presupuestal para el ejercicio 2018, a favor de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para que dicha dependencia cumpla cabalmente con las recomendaciones y medidas de no repetición emitidas por esta Comisión.

De conformidad con los artículos 48, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 142, de su Reglamento Interno, se hace saber a las autoridades a las que va dirigida esta Recomendación, que disponen de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se les notifique, para que manifiesten si la aceptan o no, en el entendido que, de no aceptarla las autoridades o servidores públicos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, tal como está previsto en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con independencia de que este Organismo Público hará lo propio para hacerla pública. En caso de que la acepten, se les notifica que dispondrán de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponían para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145, del Reglamento Interno de este Organismo, 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 Espinosa, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip. Luciano Jimeno Huanosta, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.- Para su conocimiento.

C.c.p. Dip. Leonel Luna Estrada, Presidente de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.- Para su conocimiento.

