

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO



Recomendación 01/2022

SOBRE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SALUD Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Expediente:
CDHDF/III/122/XOCH/16/D0293

Autoridad responsable:
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Víctimas directas:

Elizabeth Flores Villafaña (Víctima directa 1)
Niña Víctima directa 2

Víctimas indirectas:

Manuel Gutiérrez Romero (Víctima indirecta 1)
Mujer joven (Víctima indirecta 2)

X

Índice de derechos humanos violados:

- 1. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica**
 - 1.1 Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho a un parto humanizado.
 - 1.2 Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
 - 1.3 Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho a una vida libre de violencia durante el puerperio.

- 2. Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva**
 - 2.1 Incumplimiento de la obligación de garantizar que el derecho a la salud, incluida la salud reproductiva de la **víctima directa 1**, cumpliera con el requisito de disponibilidad, calidad y adaptabilidad.

- 3. Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud de las niñas, niños y adolescentes.**
 - 3.1. Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho al más alto nivel de salud

- 4. Derecho a la Integridad personal**
 - 4.1. Tratos inhumanos contra las víctimas

Glosario

Enseguida se definen diversos conceptos que serán directa o indirectamente aplicados en el presente instrumento.¹

a) **Atención de la urgencia obstétrica.**² Prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las veinticuatro horas, todos los días del año.

b) **Anemia**³. La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, caen por debajo de un determinado valor de corte disminuyendo así la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno en el organismo. La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud.

c) **Bilirrubina**⁴. Pigmento amarillo-anaranjado de la bilis, formado principalmente por el catabolismo de la hemoglobina en los glóbulos rojos después de su vida media normal. En las personas sanas se producen aproximadamente 250 mg de bilirrubina diarios, y la mayor parte se excreta finalmente por las heces. La característica de palidez amarillenta de la ictericia se produce por la acumulación de bilirrubina en la sangre y los tejidos cutáneos.

d) **Calidad de la atención en salud.** Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

e) **Cardiotocógrafo**⁵. También conocido como monitores fetales y su función principal es registrar los valores de la frecuencia cardíaca fetal en una pantalla e imprimirlos sobre papel continuo, presentan alarmas cuando se detectan anomalías

¹ La mayoría de los conceptos presentados a continuación se basan en la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Ver, Diario Oficial de la Federación 07/04/2016. En aquellos conceptos que no se fundamentan en la NOM-007-SSA2-2016, se hará referencia explícita a su fuente.

² Véase nota al pie de página 1.

³ Organización Mundial de la Salud. (2017). Metas Mundiales de Nutrición 2025. Documento Normativo Sobre Anemia. 29 de octubre de 2021. Sitio web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO-NMH-NHD-14.4_spa.pdf?ua=1

⁴ Ing. Rafael Despaigne Cuevas y otros. (2012). Metabolismo de compuestos nitrogenados. 29 de octubre de 2021, del Centro Provincial de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba. Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600019

⁵ Secretaría de Salud. (abril de 2010). Cardiotocógrafos y Fonodetectores. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Guía Tecnológica No. 21, 17. Sitio Web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/biomedica/guias_tecnologicas/21gt_cardiotocografo_fonodetector.pdf

en los signos recibidos y poseen otras funciones como monitoreo de actividad uterina, pulso oximetría, características de telemetría y registro de parámetros.

f) **Catéter**⁶. Tubo largo, delgado y flexible, de diferentes materiales (goma, plástico, metal, etc.), que se usa en medicina y cirugía con finalidad terapéutica o diagnóstica; se introduce en un conducto, vaso sanguíneo, órgano o cavidad para explorarlo, ensancharlo, desobstruirlo, evacuarlo o inyectarle un líquido.

g) **Consentimiento informado**⁷. Proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

h) **Diagnóstico**⁸. Es la descripción y análisis crítico de una situación determinada con el fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.

i) **Discapacidad auditiva**⁹. Es la restricción en la función de la percepción de los sonidos externos, cuando la pérdida es de superficial a moderada, se necesita el uso de auxiliares auditivos, pero pueden adquirir la lengua oral a través de la retroalimentación de información que reciben por la vía auditiva. Cuando la pérdida auditiva no es funcional para la vida diaria, la adquisición de la lengua oral no se da de manera natural es por ello que utilizan la visión como principal vía de entrada de la información para aprender y para comunicarse, por lo que la lengua natural de las personas con esta condición es la Lengua de Señas Mexicana.

j) **Discapacidad visual**¹⁰. Es la deficiencia del sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual, y se clasifica de acuerdo a su grado.

k) **Discapacidad intelectual permanente**¹¹. Disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje y aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para realizar algunas actividades de la vida diaria.

⁶ Véase nota al pie de página 1.

⁷ Véase nota al pie de página 1.

⁸ Véase nota al pie de página 1.

⁹ Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. Glosario de Términos sobre Discapacidad. 29 de octubre de 2021, de Gobierno Federal Sitio web. http://www.semjar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf

¹⁰ CONAPRED. Glosario de Términos sobre Discapacidad (29 de octubre de 2021) https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=registro_encontrado&tipo=2&id=2230

¹¹ Folleto ¿Qué es la discapacidad? interiores.indd. Comisión Nacional de los Derechos Humanos https://drive.google.com/file/d/1P6iInA3kJiR8CMdgPP_3seCm4d8fQfu/view

l) **Displasia pulmonar**¹². La displasia broncopulmonar es una enfermedad pulmonar crónica que ocurre principalmente en recién nacidos pretérmino con peso menor de 1,000 g y de [menos de] 28 semanas de gestación.

m) **Ecografía**¹³. También conocida como sonograma, es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo. A diferencia de las radiografías, la ecografía no utiliza radiación. La ecografía también puede mostrar partes del cuerpo en movimiento, por ejemplo, el corazón latiendo y la sangre fluyendo por los vasos sanguíneos. Hay dos categorías principales de ecografía: Ecografía en el embarazo y Ecografía médica diagnóstica. La ecografía en el embarazo se usa para examinar al feto. Da información sobre el crecimiento, el desarrollo y la salud general del bebé. La ecografía médica diagnóstica se usa para ver y obtener información sobre partes internas del cuerpo como el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, la vejiga, los riñones y los órganos reproductores femeninos.

n) **Embarazo**¹⁴. Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del *conceptus* en el endometrio y termina con el nacimiento.

o) **Enfoque Diferenciado**¹⁵. Herramienta metodológica que permite identificar y considerar las condiciones de vulnerabilidad y factores particulares que pueden incrementar el riesgo a actos de violencia y discriminación como la edad, identidad y expresión de género, y discapacidad. Así como de tomar en cuenta la interseccionalidad de factores que acompañan a cada persona y que las hace más susceptibles de sufrir múltiples formas de discriminación.

p) **Enfoque diferenciado de Niñas, Niños y Adolescentes**. Específicamente tratándose de niñas, niños y adolescentes implica aplicar además de un trato diferenciado que este sea especializado a partir de los deberes específicos de la familia, la sociedad y el Estado.

q) **Episiotomía**¹⁶. Intervención obstétrica frecuente, utilizada en los servicios hospitalarios que se realiza para prevenir desgarros perineales graves, su uso rutinario ha sido objeto de múltiples controversias. Sin embargo, el único beneficio demostrado de esta práctica rutinaria, es un menor riesgo de traumatismo perineal anterior, pero lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior. Por otro lado, el uso excesivo de esta práctica clínica representa un gasto adicional a

¹² Sancho-Hernández R, Rojas-Maruri M, Solorio Rodríguez L. La antigua displasia broncopulmonar organizada en la era de la nueva displasia broncopulmonar. *Acta Pediatr Mex* 2016; 69.

¹³ Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia/>

¹⁴ Véase nota al pie de página 1.

¹⁵ CIDH. Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares interamericanos, OEA/Ser.LV/II.171 Doc. 31 12 febrero 2019.

¹⁶ Boletín Conamed-OPS, Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. "Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud", como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria. 2016.

los servicios de salud si se consideran los costos asociados para evitar complicaciones con la cicatrización, el dolor perineal y la dehiscencia de la herida,

r) **Estudio de Torch**¹⁷. Es un grupo de análisis de laboratorio que se usa para ayudar a diagnosticar infecciones que podrían dañar al bebé no nacido durante el embarazo. TORCH es la sigla compuesta por las iniciales de los nombres de las 5 infecciones que se evalúan en la prueba de detección, a saber: toxoplasmosis, la sífilis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y otras. Estas infecciones pueden provocar problemas graves durante el embarazo, por eso es importante detectarlas desde el inicio para poder tratarlas, si es posible. Por lo general, las pruebas de detección de TORCH se hacen en la primera visita prenatal.

s) **Exanguinotransfusión**. Procedimiento que tiene como finalidad eliminar rápidamente de la circulación la bilirrubina para reducir el riesgo de encefalopatía, así como los anticuerpos que pueden estar contribuyendo a la hemólisis y en consecuencia a la presencia de anemia. El procedimiento consiste en tomar pequeñas alícuotas de la sangre del recién nacido y sustituirlas por la misma cantidad de sangre de un donador a través de uno o dos catéteres centrales hasta que el volumen de sangre del recién nacido se haya sustituido dos veces. La exanguinotransfusión se debe iniciar en forma inmediata cuando el recién nacido presenta hiperbilirrubinemia grave y muestra signos de encefalopatía aguda¹⁸.

t) **Expediente clínico**.¹⁹ Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier índole en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídica aplicables.

u) **Frecuencia cardíaca**²⁰. En el campo de la medicina, el número de veces que el corazón late durante cierto periodo, por lo general un minuto. La frecuencia cardíaca se puede sentir en la muñeca, el lado del cuello, la parte de atrás de las rodillas, la parte de adelante de los pies, la ingle y otros lugares del cuerpo donde haya una arteria cerca de la piel. La frecuencia cardíaca en reposo normalmente

¹⁷ Chad Haldeman-Englert MD; Maryann Foley RN BSN; Raymond Turley Jr PA-C. (2020). Perfil TORCH. 29 DE OCTUBRE DE 2021, de UC SAN DIEGO HEALTH. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/167_torch_panel_ES

¹⁸ Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemolítica por Isoinmunización a Rh en el Recién Nacido, Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018 [Consultado el 29 de octubre del 2021]. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <http://imsa.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, punto 4.4. Disponible para su consulta en la dirección electrónica http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

²⁰ Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Diccionario de Cáncer NCI. (29 de octubre de 2021). Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/definicion-frecuencia-cardiaca>

oscila entre 60 y 100 latidos por minuto en un adulto sano en estado de reposo. La medición de la frecuencia cardiaca proporciona información importante sobre la salud de una persona. También se llama pulso.

v) **Frecuencia respiratoria**²¹. La frecuencia respiratoria es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho. La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre, las enfermedades y otras afecciones médicas. Cuando se miden las respiraciones, es importante tener en cuenta también si la persona tiene dificultades para respirar.

w) **Hematoma**²². Es la acumulación de sangre coagulada o parcialmente coagulada en un órgano, tejido o espacio del cuerpo debido a la rotura de un vaso sanguíneo.

x) **Ictericia multifactorial**²³; Es un tipo de síndrome icterico que se ve a menudo en los hijos de madres diabéticas y de recién nacidos pretérmino.

y) **Intubación prolongada**²⁴. Es aquella que permanece por más de 7 días.

z) **Líquido amniótico**²⁵. Es aquel que se produce fundamentalmente a partir de la secreción de líquido por el pulmón fetal y excreción de orina fetal. Los sistemas encargados de renovarlo son principalmente la barrera corioamniótica y la deglución fetal. El volumen de líquido amniótico se recambia aproximadamente tres veces cada día.

aa) **Maduradores pulmonares**²⁶. Son corticoides usados para la maduración pulmonar fetal sobre el resultado perinatal.

²¹ University of Rochester Medical Center. Health Encyclopedia. Signos vitales (temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial). 29 de octubre de 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=85&ContentID=P03963>

²² Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Diccionario de Cáncer NCI. (29 de octubre de 2021) Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hematoma>

²³ Dr. Luis Manuel Avalos Huizar. Capítulo 10. Síndrome Ictérico. Hospital Civil de Belén Instituto Nacional de Neonatología. Guadalajara, Mex.

²⁴ Patricia Zamora Porras. Complicaciones de intubación translingüea prolongada. (29 de octubre de 2021) Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (805). Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131f.pdf>

²⁵ Carvajal, J. Ralph, C. (2017) Manual de obstetricia y ginecología. Facultad de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. 81. Consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <http://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

²⁶ Vélez, G. (2004) Esteroides Antenatales Para Maduración Pulmonar. ¿Curso Único O Cursos Múltiples? Una Pregunta Aún Vigente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n4/v55n4a08.pdf>

bb) Medios diagnósticos²⁷. Procedimientos diagnósticos, pruebas diagnósticas o test diagnósticos, son las pruebas complementarias para la elaboración de evidencia para tomar decisiones en el ámbito clínico.

cc) Neonatología²⁸: Subespecialidad médica encargada del estudio de las enfermedades y el cuidado del recién nacido.

dd) Obstetricia²⁹. Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

ee) Oportunidad de la atención³⁰. La prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

ff) Parto³¹. Proceso por el cual se produce la expulsión del feto, la placenta y las membranas del útero. Desde un punto de vista médico, todos pasan por tres fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

gg) Patologías³². Estudio científico de la naturaleza de la enfermedad, sus causas, procesos, desarrollo y consecuencias.

hh) Placenta³³. Anexo embrionario propio de los mamíferos placentados, imprescindible para la supervivencia embrionaria, está formada por la zona más superficial del endometrio y el corion, asociado con el saco vitelino o el alantoides, dependiendo de la especie. La placenta provee el intercambio gaseoso y nutricional entre la madre y el feto, secreta hormonas y posee propiedades inmunosupresoras.

ii) Prematurez (recién nacida/o prematura/o)³⁴. Bebé que nace antes de completar las 37 semanas de gestación.

²⁷ Teddy Osmin Tamargo Barbeito. ¿Qué saber para optimizar el uso de medios diagnósticos en la clínica? (2017). Rev cubana med vol.56 no.3 Ciudad de la Habana. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000300009

²⁸ Barráez de Ríos, C. (2006). Entoque epistemológico de la neonatología. Salus 2006. Consultado el 29 de Octubre de 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938981007>

²⁹ Véase nota al pie de página 1.

³⁰ Véase nota al pie de página 1.

³¹ Véase nota al pie de página 1.

³² Manual de Patología General. (s/f) Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica http://publicacionesmedicina.uc.cl/PatologiaGeneral/Patol_004.html

³³ Placenta: Anatomía e Histología Comparada. 2012. Sociedad Chilena de Anatomía. Consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000400036

³⁴ Prematuridad y retos, prevención y manejo. Fascículo del INP y CAV, 2018. Consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://www.pediatría.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf

jj) **Retinopatía del prematuro**³⁵. Alteración proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina inmadura, que afecta principalmente a la/os recién nacida/os de muy bajo peso y de menor edad gestacional. Es la primera causa de ceguera infantil en países en vías de desarrollo, como India, China y en países de Latinoamérica y de Europa del Este.

kk) **Ruptura prematura de membrana**³⁶. La RPM es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. Existen dos categorías generales: 1. Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación. 2. Ruptura de membranas pretérmino: la que se presenta antes de las 37 semanas de gestación, que a su vez se clasifica en: Previa (≤23 semanas), Remota del término (de las 24 a las 32 semanas) y Cercana al término (de las 33 a las 36 semanas).

ll) **Síndrome de dificultad respiratoria**³⁷. Se define como SDR al cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria progresiva en el RNP secundaria a deficiencia de factor tensoactivo pulmonar en ausencia de una malformación congénita, que en su curso natural puede iniciar tan pronto como al nacer o pocas horas después del mismo y evolucionar en gravedad en los dos primeros días de vida extrauterina, el cual, si no recibe tratamiento adecuado, puede llevar a hipoxia progresiva e insuficiencia respiratoria grave y contribuir con una significativa proporción de la morbilidad y mortalidad inmediata y a largo plazo, además con un aumento considerable de los costos del cuidado intensivo neonatal.

mm) **Sepsis sin germen aislado**³⁸. Clínicamente se entiende como que hay datos sugestivos de que hay una infección activa que ocasiona una respuesta inmune exagerada, pero, en el laboratorio no se reporta nada. Se trata de una respuesta inmunitaria anómala y desbalanceada frente a una infección, de la cual no se ha logrado aislar el microorganismo que lo está provocando. Esto puede deberse a una infinidad de circunstancias y es relativamente común a nivel hospitalario.

nn) **Tococardiógrafo**³⁹. Es un monitor fetal cuya función principal es registrar los valores de la frecuencia cardíaca fetal en una pantalla e imprimirlos sobre papel continuo, representan alarmas cuando se detectan anomalías en los signos recibidos.

³⁵ Bancalari, A., Schade, R. (2020). Retinopatía del prematuro: Actualización en detección y tratamiento. Revista chilena de pediatría. Consultado el 29 de octubre de 2021.

³⁶ Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas. Guía de Referencia Rápida. IMSS. 2009; consultado el 29 de octubre del 2021. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf>

³⁷ Programa de Actualización continua en Neonatología. Federación Nacional de Neonatología en México, A.C. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://www.animm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf

³⁸ Construido a partir de la consulta hecha al personal médico de la CDHCM y de información obtenida de las siguientes páginas: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000300035 y <https://www.mediagraphic.com/cqi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25477>

³⁹ Véase nota al pie de página 1.

oo) **Triaje obstétrico**⁴⁰. Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

pp) **Urgencia obstétrica**. La complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Proemio y autoridades responsables

En la Ciudad de México, a los 16 días del mes de mayo de 2022, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente de queja citado al rubro, la Tercera Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (en adelante CDHCM, Comisión o este organismo), elaboró el proyecto de Recomendación que fue aprobado por la suscrita, en términos de lo establecido en los artículos 1 y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante CPEUM); 4, 46 apartado A y 48 de la Constitución CDMX 2, 3, 5, 17 fracciones I, II y IV, 22 fracciones IX y XVI, 24 fracción IV, 46, 47, 48, 49, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el transitorio Cuarto de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México⁴¹, así como, en los artículos 82, 119, 120, 136 al 142 y 144 de su Reglamento Interno de la CDHDF; consolidándose mediante el presente instrumento, la **Recomendación 01/2022** que se dirige a la siguiente autoridad⁴²:

⁴⁰ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. "Triaje obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento Técnico." 2016. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

⁴¹ El 12 de julio de 2019 fue publicada la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México que establece en su artículo cuarto transitorio que "[l]os procedimientos que se encuentren sustanciando ante la Comisión de Derechos Humanos con anterioridad a la entrada en vigor del presente Decreto, continuarán su trámite hasta su conclusión en los términos establecidos en la normatividad vigente al momento de su inicio y en los términos sobre la retroactividad previstos en el artículo 14 de la Constitución General".

⁴² De conformidad en el artículo DÉCIMO CUARTO transitorio, del DECRETO por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016; así como el ACUERDO TERCERO del ACUERDO POR EL QUE SE INSTRUYE A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO A IMPLEMENTAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA INCORPORAR EN LA DOCUMENTACIÓN OFICIAL LA DENOMINACIÓN "CIUDAD DE MÉXICO", EN LUGAR DE DISTRITO FEDERAL, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 2 de febrero de 2016, todas las referencias que en este instrumento recomendatorio se hagan al Distrito Federal, deberán entenderse hechas a la Ciudad de México, atendiendo a la temporalidad de los hechos motivo de la presente Recomendación.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, cuya persona titular es la doctora Oliva López Arellano, conforme a lo dispuesto por los artículos 16 fracción XV, artículo 7 fracción XV y el artículo 40 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México y 24 fracciones I, III, V, VII, VIII, X, XI, XV, XVI, XVII y XXII de la Ley de Salud de la Ciudad de México⁴³ (en adelante SEDESA).

Confidencialidad de datos personales de las personas víctimas.

De conformidad con los artículos 6, apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la CPEUM; 7°, inciso E de la Constitución CDMX 2, 3 fracciones VIII, IX, X, XXVIII y XXXIII, 6 y 7 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 68, 116 y 120 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información; 42 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México; 33, de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; 9 inciso 2 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México; 2, 6, fracciones XII, XXII y 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; y 80 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la presente Recomendación las víctimas autorizaron expresamente la publicación de sus datos personales.

I. Competencia de la Comisión para la Investigación de los hechos

1. Los mecanismos *ombudsperson* como esta Comisión, al investigar y resolver quejas, actúan como garantías cuasi-jurisdiccionales de los derechos humanos. Su competencia está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en el artículo 46 y 48 de la Constitución Política de la Ciudad de México. Así, este organismo público forma parte del conjunto institucional de promoción y protección de los derechos humanos que el Estado mexicano está obligado a brindarle a las personas que viven, transitan, o se encuentran privadas de su libertad en la Ciudad de México.

2. Con fundamento en el apartado B, del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3, 4, 6, 11, 46 y 48 de la Constitución CDMX, en los artículos 2, 3 y 17 fracción II, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; 11 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; así como en la resolución A/RES/48/134 de la Asamblea

⁴³ Ley publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, el día 9 de agosto de 2021, con lo cual se abrogó la Ley de Salud del Distrito Federal, vigente al momento de la ocurrencia de los hechos materia de los casos de la presente Recomendación. Sin embargo, en atención al principio de la norma más protectora, en este instrumento se aplicará el estándar contenido en la primera de las mencionadas.

General de la Organización de las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993 (Principios de París⁴⁴), este Organismo tiene competencia:

3. En razón de la materia —*ratione materiae*—, al considerar que los hechos denunciados se calificaron como presuntas violaciones a los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, al disfrute del nivel más alto de salud, incluyendo la salud reproductiva, a la integridad personal y al derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud de las niñas, niños y adolescentes.

4. En razón de la persona —*ratione personae*—, ya que los hechos violatorios se atribuyen a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA en adelante) y se reconocen como víctimas directas e indirectas a personas humanas determinadas.

5. En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

6. En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos ocurrieron en el año 2015, tiempo en el que esta Comisión tenía competencia para conocer la queja e iniciar la investigación que concluye con la emisión de la presente Recomendación 01/2022; y cuyas afectaciones a los derechos humanos de las víctimas directas e indirectas continúan a la fecha sin ser reparadas.

1.1. Competencia respecto de las etapas de aceptación y seguimiento de la presente Recomendación

7. El artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de la CDHCM, establece que “[l]os procedimientos que se encuentren sustanciando ante la Comisión de Derechos Humanos con anterioridad a la entrada en vigor del presente Decreto, continuarán su trámite hasta su conclusión en los términos establecidos en la normatividad vigente al momento de su inicio y en los términos sobre la retroactividad previstos en el artículo 14 de la Constitución General”.

8. Del enunciado legislativo que se acaba de transcribir, se desprende claramente que para los efectos de determinar la ley procesal aplicable se deben seguir los parámetros constitucionales que establece el artículo 14 constitucional, el cual establece, en lo pertinente, que “[a] ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna”.

9. El Poder Judicial de la Federación, ha interpretado dicha disposición constitucional y ha establecido algunos criterios que sirven como guía interpretativa

⁴⁴ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París), que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b)

para determinar el sentido y alcance del artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de esta Comisión.

10. De un lado, en la tesis jurisprudencial VI.2o. J/140 un Tribunal Colegiado estableció un criterio relevante, cuyos rubro y texto se transcriben:

RETROACTIVIDAD DE LAS LEYES PROCESALES. NO EXISTE POR REGLA GENERAL. Una ley procesal está formada, entre otras cosas, por normas que otorgan facultades que dan la posibilidad jurídica a una persona de participar en cada una de las etapas que conforman el procedimiento y al estar regidas esas etapas por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo, no puede existir retroactividad mientras no se prive de alguna facultad con que ya se contaba; por tanto, si antes de que se actualice una etapa del procedimiento el legislador modifica la tramitación de éste, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las pruebas, etc., no existe retroactividad de la ley, ya que la serie de facultades que dan la posibilidad de participar en esa etapa, al no haberse actualizado ésta, no se ven afectadas.

11. De otro lado, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido, en idéntico sentido, la siguiente interpretación constitucional, bajo el rubro y texto que se transcriben a continuación:

SISTEMA PROCESAL PENAL ACUSATORIO. SU APLICACIÓN SOBRE ACTOS PROCESALES A PARTIR DE SU ENTRADA EN VIGOR, NO VIOLA EL ARTÍCULO 14 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que en materia procesal no opera la aplicación retroactiva de la ley si se considera que la ley procesal está formada, entre otras, por normas que otorgan facultades jurídicas a una persona para participar en cada una de las etapas que conforman el procedimiento, y al estar éstas regidas por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo, no puede existir retroactividad mientras no se le prive de una facultad con la que contaba. Esto, porque es en la sustanciación de un juicio regido por la norma legal adjetiva donde tiene lugar la secuela de actos concatenados que constituyen el procedimiento, los que no se realizan ni se desarrollan en un solo instante, sino que se suceden en el tiempo, y es al diferente momento de realización de los actos procesales al que debe atenderse para determinar la ley adjetiva que debe regir el acto respectivo. Por tanto, si antes de actualizarse una etapa del procedimiento el legislador modifica su tramitación, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las pruebas o el procedimiento mismo, no existe retroactividad de la ley, ya que las facultades que dan la posibilidad de participar en cualquier etapa del procedimiento, al no haberse actualizado ésta, no se afectan. Además, tratándose de leyes procesales, existe el principio doctrinario de que las nuevas son aplicables a todos los hechos posteriores a su promulgación, pues rigen para el futuro y no para el pasado, por lo que la abrogación o derogación de la ley antigua es instantánea, y en lo sucesivo debe aplicarse la nueva. En consecuencia, la aplicación del ordenamiento legal que establece el nuevo sistema procesal penal acusatorio sobre actos procesales acontecidos a partir

de su entrada en vigor, no viola el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

12. En este tenor, al realizar una interpretación sistemática, conforme a la Constitución General de la República, *pro persona* y *pro actione*; se tiene que el artículo transitorio referido establece un criterio relativo a la ley procesal aplicable para la continuación y conclusión de los expedientes que se iniciaron en esta Comisión durante la vigencia de la Ley de 1993 y su Reglamento; dicho criterio tiene dos elementos: por un lado la aplicabilidad de la Ley vigente al momento de iniciarse la queja y de otro, la remisión al estándar constitucional de no retroactividad, mismo que, según el criterio de la SCJN implica que, por regla general, no existe la retroactividad de las normas procesales.

13. Siendo de esta manera, en la actualidad la CDHCM cuenta con la concurrencia de dos normatividades procesales y la más reciente de ellas (la Ley Orgánica de 2019) regula un nuevo modelo de protección en el que se establecen etapas procesales diversas y mecanismos renovados de justicia restaurativa, así como la posibilidad de darle diversas salidas a los expedientes de queja, tales como las Recomendaciones Generales y la remisión de los expedientes a las Comisiones de Víctimas; de ahí que resulte claro que la aplicabilidad de las reglas procesales de la Ley de 1993 deberá entenderse direccionada para las *etapas procesales* (criterio de la Suprema Corte) cuya tramitación ya se encontraba en curso, en el marco de la Ley anterior y que no se habían agotado en su totalidad, mientras que las etapas que se inicien en vigor de la nueva Ley deberán desahogarse y agotarse con la Ley de 2019.

14. Así, por ejemplo, en aquéllos expedientes de queja en los que la investigación ya se encontraba en curso en el marco de la Ley de 1993, dicha investigación debe ser concluida a partir de los elementos establecidos en dicha ley, pero, una vez concluida la investigación, si se considera que deben iniciarse las etapas procesales de integración, emisión, aceptación y seguimiento de una Recomendación, dichas nuevas etapas procesales deben realizarse bajo las lógicas de la nueva Ley, puesto que, siguiendo a nuestro máximo Tribunal Constitucional, *mutatis mutandis*, las etapas que forman el procedimiento de queja en esta Comisión están regidas "*por las disposiciones vigentes en la época en que van naciendo. Por tanto, si antes de actualizarse una etapa del procedimiento el legislador modifica su tramitación, suprime un recurso, amplía un término, modifica la valoración de las pruebas o el procedimiento mismo, no existe retroactividad de la ley, ya que las facultades que dan la posibilidad de participar en cualquier etapa del procedimiento, al no haberse actualizado ésta, no se afectan*".

15. Bajo ese tenor, esta Comisión dará trámite a las etapas de aceptación y seguimiento de la presente Recomendación 01/2022, considerando que dichas etapas se inician en vigencia de la Ley Orgánica de 2019 y será éste el marco adjetivo aplicable.

16. Es así que, de conformidad con los artículos 70 y 71 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, 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 caso de que no contesten dentro del plazo señalado, se tendrán por aceptadas. Las recomendaciones aceptadas implican el reconocimiento de la calidad de víctima en los términos de lo que establece la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, razón por la que esta Comisión remitirá el presente instrumento recomentatorio a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, para fines de la inscripción al registro de víctimas correspondiente.

17. En caso de que la acepten, los puntos recomentatorios deberán cumplirse en los plazos establecidos en la misma y remitir a la Comisión las pruebas de las acciones realizadas para su cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 129, 130, 131, 132 y 134 del Reglamento Interno de la CDHCM, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

II. Procedimiento de investigación

18. Una vez que la Comisión calificó los hechos materia de esta Recomendación como presuntas violaciones a los derechos humanos, realizó diversas acciones con el fin de investigar las circunstancias de contexto, tiempo, modo y lugar en las que ocurrieron tales hechos.

19. Por ello, mediante diferentes oficios, esta Comisión solicitó a servidores públicos del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco (en adelante HMPX) de la SEDESA, que rindieran informes respecto de los hechos y remitieran los expedientes clínicos sobre la atención médica brindada a las víctimas directas.

20. Se recabó el testimonio de la víctima directa 1 y de las víctimas indirectas 1 y 2.

21. Se llevó a cabo la revisión del expediente médico remitido por la SEDESA.

22. Mediante diversos oficios, se solicitaron informes a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, así como a la Dirección Jurídica y Normativa de la SEDESA, en relación con los hechos narrados por la víctima directa 1.

23. Adicionalmente, se solicitaron informes al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y al Instituto Nacional de Pediatría, ambas instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud del Gobierno de México.

24. Se solicitó la colaboración de la Dirección General de Derechos Humanos de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (en adelante FGJ) a efecto de

iniciar una investigación relacionada con los hechos narrados por la víctima directa ¹⁴⁵.

25. Se solicitó la colaboración de personal de las Direcciones de Servicios Médicos y Psicológicos, y de Atención Psicosocial, ambas de esta CDHCM, a fin de que se emitiera opinión médica, opinión psicológica y nota psicosocial sobre el caso motivo de la presente Recomendación.

26. Se realizaron reuniones de trabajo con personal de la SEDESA para la atención del caso materia de investigación.

27. Se mantuvo constante comunicación y llevaron a cabo reuniones periódicas con personal del Grupo de Información en Reproducción Asistida, (GIRE) asociación que en representación de las víctimas directas 1 y 2, así como de las víctimas indirectas 1 y 2, quien aportó opinión médica y evaluación psicológica.

III. Evidencias

28. Durante el proceso de investigación, la Comisión recabó las evidencias que dan sustento a la presente Recomendación y que se encuentran detalladas en el Anexo que forma parte integrante de la misma.

IV. Contexto⁴⁶

29. Tribunales garantes de derechos humanos han conocido de diversos contextos históricos, sociales y políticos que les han permitido situar los hechos alegados como violatorios de derechos humanos en el marco de las circunstancias específicas en que ocurrieron⁴⁷, posibilitando en algunos casos la caracterización de los mismos como parte de un patrón de violaciones, como una práctica tolerada por el Estado o como parte de ataques generalizados y/o sistemáticos hacia algún sector de la población⁴⁸.

30. Esta Comisión, siguiendo la línea trazada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante la Corte IDH), ha incorporado el análisis de contexto como una herramienta para la emisión de sus instrumentos recomendatorios.

⁴⁵ Las personas peticionarias decidieron no dar seguimiento a esta denuncia.

⁴⁶ En la Recomendación 01/2018 se expuso con mayor amplitud la justificación respecto del uso del contexto en los instrumentos recomendatorios que emite esta Comisión. Ver, CDHDF, Recomendación 01/2018, párrs. 14-18. Disponible en <https://cdhdf.org.mx/category/recomendaciones/recomendaciones-2018/>

⁴⁷ Ver, Corte IDH, *caso Osorio Rivera y familiares vs. Perú*, sentencia del 26 de noviembre de 2013, párr. 145; *caso Defensor de DDHH y otros vs. Argentina*, sentencia del 28 de agosto de 2014, párr. 73, y *caso Espinoza González vs. Perú*, sentencia del 20 de noviembre de 2014, párr. 49.

⁴⁸ Ver, Corte IDH, *Caso Espinoza González vs. Perú*, *op. cit.*; *caso López Lone y otros vs. Honduras*, sentencia del 5 de octubre de 2015, párr. 43, y *caso Velásquez Paiz vs. Guatemala*, sentencia del 19 de noviembre de 2015, párr. 43.

31. Se ha entendido a la violencia obstétrica como "una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos"⁴⁹, y tiene su origen en la atención que se otorga en las clínicas, centros de salud u hospitales, durante la atención del embarazo, parto y posparto.

32. La violencia obstétrica "consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos"⁵⁰.

33. Este tipo de violencia se manifiesta además a través de dos tipos de violencia⁵¹, en primer lugar, la física, tales como: revisiones vaginales excesivas y rutinarias; suministro de medicamento no justificado; falta de respeto de los tiempos biológicos del parto; manejo del dolor como castigo durante el parto; e inclusive actos que constituyen tratos crueles e inhumanos. El segundo tipo, es la violencia psicológica, que se produce al realizar actos tendientes a infligir maltrato verbal, discriminación y humillaciones, tales como la infantilización de las pacientes, la descalificación de sus opiniones y sentimientos, insultos, burlas, regaños, juzgamiento por su libre ejercicio de la sexualidad y omisiones de información durante alguna de las etapas de embarazo, parto y puerperio.

34. Entre las manifestaciones físicas de violencia obstétrica se encuentra la práctica excesiva de cesáreas y episiotomías cuando no existe indicación médica que las justifique. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) recomienda que las tasas de cesáreas deberían oscilar entre el 10 y el 15 por ciento del total de nacimientos y que las episiotomías no tendrían que ser consideradas procedimientos de rutina.

35. La violencia obstétrica es una violación a derechos humanos multiofensiva, ya que puede producir afectaciones al derecho a la salud, al derecho a la integridad, a los derechos sexuales y reproductivos, al derecho a una vida libre de violencia y al derecho a la información, entre otros.

36. A pesar de que, desde los años 80's se identificó que la adecuada atención del parto era una prioridad internacional⁵², es poca la información estadística que

⁴⁹ GIRE, Informe "Violencia Obstétrica, un enfoque de derechos humanos", pág. 12. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Cfr. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 07/2017, pág. 3. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2017/08/reco_0717.pdf

⁵² La Organización Mundial de la Salud emitió desde 1985 la Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto. Que contiene 14 Recomendaciones Generales, 14 Recomendaciones Específicas y 10 Recomendaciones para su aplicación. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>.

nos pueda señalar de forma clara la ocurrencia de los hechos de violencia obstétrica por año.

37. En Latinoamérica, el reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido paulatino. Un referente importante es el caso de Venezuela que incluyó en 2007 el concepto de violencia obstétrica⁵³ en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la define como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

38. Para el momento en que ocurrieron los hechos objeto de la presente Recomendación (16 de noviembre de 2015), esta Comisión ya daba cuenta, a través de la emisión de las recomendaciones 10/2006, 13/2006, 02/2009, 07/2011, 15/2012, 3/2015, de la existencia de un patrón de deficiencias estructurales que generaba violencia obstétrica, a través de un inadecuado tratamiento médico, retraso en la atención a las mujeres o recién nacidos, así como una serie de conductas que generaban violencia institucional hacia las mujeres embarazadas.

39. Según datos de GIRE, en la Ciudad de México, al año 2015, se habían presentado, a partir de un escrito de queja ante una unidad de contraloría interna de la Secretaría de Salud, 18 quejas por concepto de violencia obstétrica. Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos documentó diversos casos de violencia obstétrica en hospitales públicos del país, por lo que emitió la Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

40. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (en adelante ENDIREH-2016) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (en adelante INEGI)⁵⁴, daba cuenta de que el 33.41% de las personas de entre 15 y 49 años, que tuvieron un hijo o hija entre los años 2011 y 2016 en México, sufrió algún tipo de violencia por parte del personal de salud. Lo anterior significa que alrededor de 2,921,514 personas han sufrido un daño físico o psicológico durante su embarazo, parto o puerperio. De esta manera, la encuesta precisa que 7 de cada 100 personas que parieron entre 2011 y 2016 fueron objeto de comentarios ofensivos o humillantes.

41. También en 2016, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante CONAMED) encontró que a 2 de cada 10 mujeres se les realizó una episiotomía

⁵³ Grupo de Información en Reproducción Elegida, El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes. Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE_INFORME_2021.pdf

⁵⁴ Disponible para su consulta en la dirección electrónica https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

durante el parto, cifras que alertan sobre que ciertas prácticas clínicas no se fundamentan en evidencias científicas sólidas⁵⁵.

42. En el presente pronunciamiento, se da cuenta de los hechos de violencia obstétrica sufridos por la víctima directa 1, quien al acudir a un hospital pediátrico de la Ciudad de México, por presentar una emergencia obstétrica, recibió una inadecuada atención ante la falta de estudios de laboratorio y personal especializado, así como retraso en su atención, descalificaciones, malos tratos por parte del personal del hospital, se le realizó una episiotomía sin explicarle el procedimiento y contar con su consentimiento específico, le realizaron diversas revisiones vaginales que la hicieron sentir incómoda y, una vez egresada, existió una falta de información respecto del estado de salud de su hija, lo que impactó su vida y la de su familia.

V. Relatoría de hechos

CDHDF/III/122/XOCH/16/D0293

Víctimas directas: Elizabeth Flores Villafaña (Víctima directa 1) y Niña víctima directa 2.

Víctimas indirectas: Manuel Gutiérrez Romero (Víctima indirecta 1) y Mujer joven víctima indirecta 2.

43. En 2015, Elizabeth Flores Villafaña (víctima directa 1) y su esposo Manuel Gutiérrez Romero (víctima indirecta 1), comenzaron a planear tener otro bebé con la finalidad de darle una compañía a su hija mayor (Mujer joven víctima indirecta 2), quien en ese momento tenía años de edad; aproximadamente en mayo de ese año, mediante una prueba de sangre, Elizabeth confirmó que estaba embarazada por lo que llevó su control prenatal en el consultorio del "Centro Comunitario de Tlalcoligia", consultorio pequeño de la Alcaldía Tlalpan donde las personas usuarias cubren una cuota por la atención y no forma parte de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

44. Durante los primeros meses de embarazo, en el centro comunitario se le informó a Elizabeth que todo iba bien. En el cuarto mes, a partir de un ultrasonido, le localizaron un padecimiento que fue tratado con medicamento. Posterior a ello, Elizabeth no presentó ningún otro padecimiento médico que generara alguna señal de alarma o urgencia obstétrica.

45. Aproximadamente a las 13:00 horas del 16 de noviembre de 2015, cuando contaba con siete meses de embarazo, Elizabeth presentó malestares y secreción de en compañía de Manuel, su esposo (Víctima indirecta 1), se trasladó al área de Urgencias del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal (en adelante HMPX). Después de unas horas de espera, aproximadamente a las 16:37 horas,

⁵⁵ http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/incidencia_intervencion.pdf

fue revisada por primera ocasión por el personal del área de urgencias, donde a Elizabeth no se le realizó un *triage* obstétrico a partir del cual fuera posible priorizar su atención médica.

46. El 16 de noviembre de 2015, se elaboró nota de internamiento al HMPX, sin hora, con el diagnóstico de [redacted]. En ese momento, de acuerdo con lo señalado por Elizabeth, el personal médico que le atendió, le indicó que tenía un embarazo de [redacted] semanas; ella precisó que esa información era equivocada, pues contaba con [redacted] semanas de gestación. No obstante, los médicos se negaron a revisar el ultrasonido que llevaba en ese momento y señalaron en la misma nota que contaba con [redacted] semanas de gestación.

47. Posteriormente, ya ingresada al área de ginecología a las 19:00 horas, se señaló en su nota de ingreso que contaba [redacted] semanas de gestación. La médica encargada de la revisión le informó que "tenía" que realizarle una cirugía porque se le había "roto la fuente", también le dijo que "por su bebé ya no se podría hacer nada" y "se lo tenían que sacar", por lo que Elizabeth comenzó a llorar sin recibir mayor información.

48. Consta en el expediente clínico que a las 21:54 horas del 16 de noviembre de 2015, personal médico del HMPX asentó que Elizabeth cursaba un embarazo de [redacted] semanas de gestación, cálculo diferente al de las notas iniciales, y que no se le realizaron estudios de laboratorio por no contar con el servicio en el hospital. A partir de ese momento, empezaron a suministrarle el antibiótico y se indicó su "vigilancia obstétrica".

49. Desde la primera revisión, a las 16:37 horas, le indicaron a Elizabeth que era urgente que le suministraran [redacted] de la niña víctima directa 2, sin embargo, las indicaciones médicas para su suministro se realizaron hasta las 19:00 horas y fue hasta las 21:54 horas que se señaló en nota de evolución que se inició tratamiento [redacted] por lo que pasaron más de cinco horas sin que le suministraran a Elizabeth el medicamento [redacted].

50. Posteriormente, Martha A. Ramírez Garnica, médica del HMPX, le dio informes a Manuel respecto del estado de salud de su esposa, señalándole que "al nacer la bebé moriría" y que iban a hacer lo posible para que el embarazo llegara a las 40 semanas. Manuel señaló a esta Comisión que no le permitieron realizar ninguna pregunta relacionada con la información que le estaban comunicando.

51. El 17 de noviembre de 2015, a las 07:00 horas, personal médico del HMPX realizó nota de evolución, en la que se señaló que Elizabeth cursaba [redacted] y que el hospital no contaba con cardiotocógrafo, ni servicio de laboratorios, los cuales eran indispensables para el seguimiento y vigilancia del embarazo. No consta en el [redacted]

expediente clínico que el 17 de noviembre de 2015, se haya realizado alguna otra revisión a la condición médica de Elizabeth y de la Niña víctima directa 2.

52. El 18 de noviembre de 2015, en la madrugada, Elizabeth dejó de sentir movimientos de su bebé, por lo que avisó inmediatamente al personal médico a cargo; derivado de lo anterior y después de realizarle un ultrasonido, la doctora Lucila Poblano, se dio cuenta por ello, el personal del HMPX informó a Elizabeth que "ya iba a nacer su bebe" y que la trasladarían a otra área. Durante el traslado hacia la sala de expulsión, de acuerdo con lo señalado por la víctima directa 1, la doctora Lucila Poblano regañó a Elizabeth diciéndole que "dejara de pujar ya que si se cala el bebé sería su culpa". Cuando se encontraban en la sala de expulsión, los regaños continuaron, esta vez le reclamaron por no pujar y le dijeron que "su bebé nacería con un chipote". A Elizabeth le realizaron una [redacted] y según refirió, nunca le explicaron los motivos o la necesidad médica de realizarle el [redacted]

53. El 18 de noviembre de 2015, a las 05:40 horas, mediante parto, nació la Niña víctima directa 2, a quien Elizabeth pudo ver "solo unos segundos", debido a que fue trasladada al área de neonatología. De acuerdo con la información con la que cuenta este Organismo, del expediente clínico de la víctima directa 1, no se elaboró nota de evolución posterior al parto de Elizabeth hasta la del día de su alta

54. Elizabeth fue dada de alta el 19 de noviembre de 2015, pero la Niña víctima directa 2 permaneció internada. De conformidad con la nota de evolución y alta obstétrica de Elizabeth, la doctora Elided Ramírez Becerra, médica cirujana del HMPX, anotó en el rubro de atención a factores de riesgo [redacted], sin mayor referencia.

Posteriormente, el 21 de noviembre de 2015, Edgar Manuel Rosete Sandoval, médico pediatra del HMPX, informó a Elizabeth que a la Niña víctima directa 2 se [redacted] por lo que podría necesitar una [redacted]. Ese mismo día, a Elizabeth se le tomó una muestra de [redacted] sin embargo, no se llevó a cabo la [redacted] y no le informaron a ella ni a sus familiares las razones.

55. El 23 de noviembre de 2015, Eugenio Arellano Flores, médico pediatra del HMPX, se comunicó con Elizabeth para informarle nuevamente que la Niña víctima directa 2 "se encontraba grave" y que "necesitaba la [redacted] urgentemente", ya que de no hacerla podría quedar con secuelas, tales [redacted]

Pese a lo informado, la [redacted] se realizó hasta las 21:00 horas del 24 de noviembre de 2015, cabe mencionar que de acuerdo a lo que Elizabeth señaló, en ese periodo se le recabaron tres muestras de [redacted], pero a la Niña víctima directa 2 solo se le realizó una [redacted]

56. Después de la intervención, Elizabeth y Manuel permanecieron en las inmediaciones del HMPX, donde en diversas ocasiones las explicaciones del estado de salud de la Niña víctima directa 2, no eran claras o eran contradictorias

o insuficientes dependiendo del personal médico tratante que fuera responsable. El 25 de noviembre de 2015, por ejemplo, Eugenio Arellano Flores, médico cirujano del HMPX, respondió al cuestionamiento de **Elizabeth** que el procedimiento que se le había realizado a la **Niña víctima directa 2**, había salido bien, sin embargo, de manera agresiva al brindarle dicha información le preguntó "¿sí sabe lo que significaba grave?" recalcando que "grave quiere decir que su hija está en peligro de muerte", para dar respuesta a sus dudas sobre el estado en el que su hija recién nacida se encontraba. Durante tres días consecutivos, -cada vez que **Elizabeth** solicitaba información del estado de salud de la **Niña víctima directa 2**, solamente recibía como respuesta en tono de burla el saber si conocía qué significaba "grave". El médico condicionó dicha respuesta para que **Elizabeth** recibiera el informe médico; después, el médico Arellano al momento de dar informes a **Elizabeth**, únicamente le decía "la niña se encuentra grave" sin dar mayores datos o información sobre el estado de salud que tenía la **Niña víctima directa 2**.

57. Posteriormente, el médico Abraham Medina Hernández, pediatra del HMPX, fue el encargado de brindar informes a **Elizabeth** y a **Manuel** respecto del estado de salud de la **Niña víctima directa 2**, quien los trató de manera grosera y se limitaba a señalarles que "estaba grave", mostrando molestia frente a cualquier cuestionamiento o duda que externaran. El maltrato del médico era tal que, en alguna ocasión en la que **Elizabeth** le preguntó las razones de la condición de gravedad de la **Niña víctima directa 2**, el servidor público le señaló "porque es le faltó madurar y si tiene tantas dudas póngase a buscar en internet", "póngase a investigar, por qué todo quiere se lo diga yo"; de acuerdo con lo señalado por **Elizabeth**, cuando ella le expuso que era posible que no supiera usar el internet o que no contara con los recursos para acceder a él, el médico le gritó "en pleno siglo XXI, hubiera gente tan ignorante".

58. Después de algunos días, **Elizabeth** y **Manuel** se percataron que cada médico o médica del HMPX que les daban informes, reportaban diagnósticos diferentes, lo que les generó incertidumbre sobre el estado de salud real de la **Niña víctima directa 2**, pero al preguntar al respecto, éstos se limitaban a señalar "son las indicaciones del médico del turno anterior". Bajo tales circunstancias, **Elizabeth** intentó hablar con el Director del HMPX para exponerle la situación, sin embargo, el personal administrativo se lo impidió. Debido a la desesperación que tenían, en compañía de algunos familiares, **Elizabeth** y **Manuel** se presentaron en el HMPX, exigiendo hablar con el Director del Hospital, por lo que finalmente fueron atendidos por la "administradora" del mismo, a quien que expusieron su necesidad de tener certeza respecto del estado de salud de su hija recién nacida; de esta manera, solicitaron un informe más completo e incluso sugirieron trasladarla a otro hospital, sin embargo, se les refirió que no era posible hacer el traslado e indicaron que si querían "podían pedir el alta voluntaria" de la paciente.

59. Consta en notas de enfermería del expediente clínico de la **Niña víctima directa 2**, que el 21 de noviembre de 2015 fue encontrada por el personal médico del HMPX sin frecuencia cardíaca y respiratoria. En posterior nota médica, no hay mención alguna de este evento, sólo que derivado de que un día anterior

presentaba fue
necesario dejandola en ese momento . Por ello,
no se le dio seguimiento ni se consideró con mayor persistencia que se le realizara
una para descartar alguna
secuela derivada. Es importante destacar que aun cuando la Niña Víctima directa
2 se encontraba hospitalizada en el área de Cuidados Intensivos, de acuerdo con
la información de la que tuvo conocimiento este Organismo, no hay documentación
que permita acreditar que los procedimientos realizados y señalados en su
expediente clínico con motivo de este episodio, hayan sido llevados a cabo por
personal médico adscrito al HMPX o al menos bajo su supervisión, y no solo por
personal médico de pregrado.

60. Debido a lo ocurrido, Elizabeth nuevamente solicitó hablar con el Director del HMPX, quien en esta ocasión sí la atendió en presencia del médico Abraham Medina Hernández; una vez que escuchó a Elizabeth, el director le explicó que no se realizaría el traslado de la Niña víctima directa 2, debido a que se encontraba estable y les solicitó, tanto a ella como al doctor Medina "mantener la calma, toda vez que seguirían manteniendo contacto".

Cabe hacer mención que, en una ocasión, el médico Abraham Medina Hernández pasó a Elizabeth al área de neonatología donde le mostró a otro recién nacido internado, para mostrarle que aun cuando se encontraba grave su familia insistía en que estaba bien, sin que tales manifestaciones tuvieran relación con el estado de salud de la Niña víctima directa 2. Posteriormente, Elizabeth tuvo conocimiento de que, de esa misma manera, el médico Medina exhibía a la Niña víctima directa 2 con familiares de otros bebés internados, con la intención de señalarla y cuestionar su actuar frente a otras personas usuarias.

61. El 4 de enero de 2016, la médica López Rosas Landa del HMPX, le informó a Elizabeth que su hija "estaba muy mal, deteriorada y que no podía prometerle nada, que su piel estaba muy amarilla" sin mayor explicación, por lo cual tuvo conocimiento de que se le mandaron a hacer unos cultivos, de los cuales nunca le entregaron mayor información o resultados. Posteriormente, le confirmó que la Niña víctima directa 2 presentaba y que requería La
médica López Rosas Landa permitió que Elizabeth viera a la Niña víctima directa 2 y, en ese momento, se percató que tenía colocado un procedimiento
procedimiento respecto del cual el personal médico no le informó a Elizabeth, de manera que no firmó ningún consentimiento para ello.

62. El 12 de enero de 2016, Nicté López, médica del HMPX, junto con personal de trabajo social le manifestaron a Elizabeth que tenía que realizarse un estudio de a lo cual señaló que no contaba con el dinero suficiente para el estudio; el
personal del hospital fue sumamente insistente para que cubriera con los gastos hasta que finalmente, le indicaron que "le mandarían a realizar el estudio", toda vez que habían revisado su expediente e identificaron que tuvo por lo cual la doctora López comentó: "si ya hay un antecedente es porque
algo está mal en usted" lo anterior a pesar de que se asentó en el expediente clínico

de la Niña víctima directa 2, que dicha prueba se solicitaba por la presencia de en ella que podían haber sido transmitidos por su madre.

63. Pese a que el personal del hospital les otorgaba informes, fueron pocas las veces que **Elizabeth** y **Manuel** pudieron ver a la **Niña víctima directa 2** mientras estaba internada y quien fue dada de alta del HMPX el 26 de febrero de 2016 (tres meses y 10 días después de su nacimiento), en donde permaneció con diagnóstico de

con diagnóstico reservado a evaluación de Al respecto, **Elizabeth** precisó que a la **Niña víctima directa 2**, la intubaron y des-intubaron en varias ocasiones, tal como consta en el expediente médico, lo cual de acuerdo a lo que le señaló personal del Instituto Nacional de Pediatría produce mucho dolor en lactantes.

64. El personal médico del HMPX, informó a **Elizabeth** y **Manuel** sobre el alta médica de la **Niña víctima directa 2**, sin embargo, no les proporcionó ninguna referencia hospitalaria, no dieron indicaciones médicas, ni entregaron medicamentos para continuar con la atención de la **Niña víctima directa 2**, sino que les pidieron regresar en los días subsecuentes.

65. A partir de los diagnósticos otorgados, la **Niña víctima directa 2** fue referida al Instituto Nacional de Pediatría, donde le fueron diagnosticados otros padecimientos que no fueron hechos del conocimiento de **Elizabeth** y **Manuel** al momento de su alta. tales como

Actualmente es una niña que vive con discapacidad

66. Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos (DSMP) de esta CDHCM, emitió opinión médica respecto de la atención médica que recibió **Elizabeth** en el HMPX, de la cual se desprende que se le brindó el tratamiento que requería considerando el diagnóstico con el cual ingresó al hospital, hasta la recepción del producto del embarazo (víctima directa 2) sin que existiera alguna complicación, en tanto la atención médica y medicamentosa que recibió **Elizabeth** al acudir al HMPX, posterior y durante su estancia en el mismo, fue la que se le brinda a todas las pacientes que presentan

67. No obstante lo anterior, en la misma opinión médica sobre el caso que nos ocupa, la DSMP de este organismo, advirtió que dentro de la vigilancia que le tuvo que brindar el personal médico antes de su parto, se contemplaba el monitoreo cardiocógrafa y la realización de estudios de laboratorio, mismos que, como consta en el expediente clínico, no se realizaron por no contar con dichos servicios, circunstancias que, si bien es cierto, no influyeron en la evolución del embarazo de **Elizabeth**, al tratarse de un hospital materno pediátrico, tenía -como ahora- la obligación de disponer de forma inmediata de los recursos humanos y materiales

necesarios para el oportuno seguimiento y vigilancia de las pacientes que lo requirieren.

68. Asimismo, la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, emitió opinión médica respecto de la atención recibida por la víctima directa 2 en el HMPX, en la que asentó que se le brindó el tratamiento médico que requería para las complicaciones derivadas de su condición de prematuridad.

69. En la misma opinión médica, sin embargo, la DSMP de este organismo advirtió que el 21 de noviembre de 2015, la víctima directa 2 fue encontrada por el personal médico sin frecuencia cardíaca y respiratoria, y al no haber sido documentado el suceso en las notas médicas posteriores, tanto la valoración neurológica como la práctica de un ultrasonido transfontanelar no fueron considerados con mayores certeza y persistencia para descartar alguna secuela derivada de este evento, tal como ya fue señalado en párrafos anteriores.

Impactos psicosociales

70. Personal de la Dirección de Atención Psicosocial de esta CDHCM, emitió opinión psicológica en la cual se concluyó que se lograron documentar algunas acciones realizadas por parte del personal del HMPX que constituyen violencia obstétrica en perjuicio de Elizabeth, tales como: recibir comentarios irónicos y descalificadores en torno a su persona, se le dificultó preguntar sobre dudas y temas de inconformidad ya que no le eran respondidas y en caso de hacerlo era de manera ineficiente y/o de mala manera; le practicaron procedimientos médicos sin su consentimiento, fueron varias las médicas que le realizaron tactos vaginales causándole dolor, fue criticada por el dolor expresado durante el parto, se le impidió estar acompañada de algún familiar y no le permitieron ver a su hija.

71. Además de que a través de una nota psicosocial emitida por la Dirección de Atención Psicosocial de esta CDHCM, se documentó que la Mujer joven víctima indirecta 2, hija mayor de Elizabeth y Manuel, presenta afectaciones psicosociales derivado del tipo de atención médica que se brindó a su madre y hermana por personal del HMPX. De esta manera se precisó que, pese a que la **Mujer joven víctima indirecta 2** tenía años al momento de los hechos, recuerda que al llegar al hospital, su familia y ella tuvieron que esperar mucho para que atendieran a su mamá, que la manera en la que el personal médico otorgaba los informes afectaba el estado de ánimo de su padre, a quien llegaron a referir que tanto **Elizabeth** como la **Niña víctima directa 2** morirían, y que la permanencia de su hermana en el HMPX provocó en la familia una constante incertidumbre, por no tener certeza respecto su estado de salud. A partir de lo que aconteció, su dinámica familiar cambió y el hecho que la **Niña víctima directa 2** requiriera mayor cuidado y atención, la hizo una persona reservada que no externa sus propias necesidades para no generar carga, asimismo le generó sentimientos de miedo y nervios durante su embarazo, impidiéndole disfrutar esa etapa de su vida, ya que constantemente temía que le pasara algo similar a lo que vivió su madre.

VI. Marco jurídico aplicable⁵⁶

72. El primer párrafo del artículo 1 de la CPEUM, establece que en nuestro país todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte, así como de las garantías necesarias para su protección. En ese sentido, la SCJN estableció que "los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano"⁵⁷.

73. El segundo párrafo del artículo 1 de la CPEUM, establece que las normas relativas a los derechos humanos, deberán interpretarse a partir de los principios de interpretación conforme y pro persona; a su vez, la SCJN ha entendido que el principio de supremacía constitucional implica que, a la eficacia normativa directa de la Constitución, se añade su eficacia como marco de referencia o criterio dominante en la interpretación de las restantes normas⁵⁸. En sentido amplio, la interpretación conforme implica que todas las autoridades del Estado mexicano deben interpretar las leyes a la luz y conforme a los derechos humanos previstos en la constitución y tratados internacionales, mientras que, en sentido estricto, implica que cuando existan varias interpretaciones válidas, preferirá aquella que sea acorde a la norma constitucional y a los instrumentos internacionales⁵⁹. Por otro lado, la SCJN ha entendido que el principio pro persona busca maximizar la vigencia y el respeto de los derechos humanos y permite "optar por la aplicación o interpretación de la norma que los favorezca en mayor medida, o bien, que implique menores restricciones a su ejercicio"⁶⁰.

74. En el tercer párrafo del artículo 1 de la CPEUM, se establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen las obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y consecuentemente los deberes especiales de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos, todo lo cual debe ser realizado de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

75. En su artículo 4, la CPCM establece un modelo de protección a los derechos humanos a partir de cinco elementos fundamentales:

i. El goce de los derechos humanos para todas las personas.⁶¹

⁵⁶ Para mayor referencia, véase el apartado VI. Marco jurídico aplicable, de la Recomendación 1/2019.

⁵⁷ En este sentido ver, Tesis P./J. 20/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, abril 2014, p. 202.

⁵⁸ En este sentido ver, Tesis 1a./J. 37/2017 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, mayo de 2017, p. 239.

⁵⁹ En este sentido se puede consultar, Caballero, José Luis (coord.), Sánchez Cordero, Olga, "El Control de Constitucionalidad en México, a partir de la Reforma de junio de 2011", *Derechos constitucionales e internacionales. Perspectivas, retos y debates*, México, Tirant lo Blanch, 2018, pp. 930-931.

⁶⁰ En este sentido ver, Tesis 1a: CCCXXVII/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, Octubre de 2014.

⁶¹ Artículo 4.A.1. En el mismo sentido, el primer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

- ii.El ejercicio individual o colectivo de los derechos humanos.⁶²
- iii.El principio de garantía colectiva de los derechos humanos.⁶³
- iv.Las obligaciones de las autoridades.⁶⁴
- v.Un modelo de control de constitucionalidad local.⁶⁵

76. Así, la CPCM establece un conjunto de obligaciones para las autoridades en materia de derechos humanos, en el que se pueden identificar tres categorías interdependientes:

- a) Obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.⁶⁶
- b) Obligaciones específicas de garantía para asegurar el ejercicio de los derechos y elevar los niveles de bienestar.⁶⁷
- c) Obligaciones específicas de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.⁶⁸

77. Asimismo, la SCJN estableció que *"los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano"*⁶⁹; así, la Suprema Corte ha entendido que el principio de supremacía constitucional implica que, a la eficacia normativa directa de la Constitución, se añade su eficacia como marco de referencia o criterio dominante en la interpretación de las restantes normas⁷⁰.

78. En particular, el artículo 4.B de la CPCM establece:

1. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, complementariedad, integralidad, progresividad y no regresividad, son principios de los derechos humanos⁷¹.
2. Los derechos humanos son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables, irrevocables y exigibles.

⁶² Artículo 4.A.2.

⁶³ Artículo 4.A.2, *in fine*; y artículo 5.B.

⁶⁴ Artículos 4.A.3, 4.A.4 y 4.A.5

⁶⁵ Artículo 4.A.6.

⁶⁶ Artículo 4.A.3.

⁶⁷ Artículo 4.A.4.

⁶⁸ Artículo 4.A.5. En el mismo sentido, el tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

⁶⁹ Ver, Poder Judicial de la Federación (P/JF), Tesis P/JJ, 20/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, abril 2014, pág. 202. Tesis de rubro DERECHOS HUMANOS CONTENIDOS EN LA CONSTITUCIÓN Y EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES. CONSTITUYEN EL PARÁMETRO DE CONTROL DE REGULARIDAD CONSTITUCIONAL, PERO CUANDO EN LA CONSTITUCIÓN HAYA UNA RESTRICCIÓN EXPRESA AL EJERCICIO DE AQUÉLLOS, SE DEBE ESTAR A LO QUE ESTABLECE EL TEXTO CONSTITUCIONAL.

⁷⁰ Ver, P/JF, Tesis 1a./J. 37/2017 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, mayo de 2017, pág. 239. Tesis de rubro INTERPRETACIÓN CONFORME. NATURALEZA Y ALCANCES A LA LUZ DEL PRINCIPIO PRO PERSONA.

⁷¹ En idéntico sentido, el tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

3. En la aplicación e interpretación de las normas de derechos humanos prevalecerá el principio pro persona⁷².
 4. En la aplicación transversal de los derechos humanos, las autoridades atenderán las perspectivas de género, la no discriminación, la inclusión, la accesibilidad, el interés superior de niñas, niños y adolescentes, el diseño universal, la interculturalidad, la etaria y la sustentabilidad.
79. En este contexto, esta Comisión en el ámbito de sus competencias y atribuciones como organismo local de protección de derechos humanos, tiene la obligación legal, constitucional⁷³ y convencional⁷⁴ de garantizar los derechos humanos, inclusive, de ser el caso, la de realizar un control de convencionalidad *ex officio*⁷⁵.
80. Así, esta Comisión funda sus recomendaciones principalmente en las disposiciones de derechos humanos establecidas en la CPCM⁷⁶, en la CPEUM y en las diversas fuentes del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), inclusive en la interpretación que los organismos internacionales han realizado respecto del contenido y alcance de los derechos humanos, utilizando asimismo, diversas normas generales, federales o locales del derecho interno mexicano, favoreciendo en todos los temas, la mayor protección de las personas y sus derechos humanos.

⁷² En idéntico sentido, el segundo párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

⁷³ El tercer párrafo del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que *"todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley."*

⁷⁴ Ver, CADH, artículo 1.1; PIDCP, artículo 2.2; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), artículo 7; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), artículos 2 y 3. Dichas disposiciones convencionales establecen la obligación de garantía para el Estado en su conjunto, lo que vincula necesariamente a esta Comisión.

⁷⁵ La Corte IDH ha establecido que la protección de los derechos humanos constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo susceptible de ser decidido por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar el control de convencionalidad, que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial. Ver, Corte IDH, *caso Gelman vs. Uruguay*, sentencia del 24 de febrero de 2011, párr. 239. La misma Corte ha enfatizado que, en el ámbito de sus competencias, todas las autoridades y órganos de un Estado Parte en la Convención tienen la obligación de ejercer un control de convencionalidad. Ver, *caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas vs. República Dominicana*, sentencia del 28 de agosto de 2014, párr. 497. Asimismo, ha precisado la multicitada Corte regional que esta obligación vincula a todos los poderes y órganos estatales en su conjunto, los cuales se encuentran obligados a ejercer un control de convencionalidad *ex officio* entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. Ver, *caso Rochac Hernández y otros vs. El Salvador*, sentencia del 14 de octubre de 2014, párr. 213.

⁷⁶ En virtud del principio de progresividad y no regresividad que rige en materia de derechos humanos, esta Comisión considera fundamental, a través de sus Recomendaciones, contribuir a dotar de contenido y efectividad a las normas de la Constitución Política de la Ciudad, dado que este instrumento jurídico político ha sido un insumo fundamental para consolidar diversas conquistas que, en materia de derechos humanos, ha alcanzado la Ciudad de México.

81. En este contexto, la Comisión en el ámbito de sus competencias y atribuciones como organismo protector de derechos humanos tiene la obligación legal⁷⁷, constitucional⁷⁸ y convencional⁷⁹ de garantizar los derechos humanos, inclusive, de ser el caso, la de realizar un control de convencionalidad *ex officio*⁸⁰. Así, la Comisión funda sus recomendaciones en las disposiciones de derechos humanos establecidas en tanto en la CPEUM, como en las diversas fuentes del derecho internacional de los derechos humanos, inclusive la interpretación que los organismos internacionales de derechos humanos realizan respecto del contenido y alcance de los derechos de fuente internacional, favoreciendo en todos los casos la mayor protección de las personas y sus derechos humanos.

VI.1. El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica

82. La violencia contra las mujeres ha sido conceptualizada 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.⁸¹

⁷⁷ El artículo 2 de la Ley de la CDHDF establece que esta Comisión "es un organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene por objeto 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".

⁷⁸ El tercer párrafo del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que "todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley".

⁷⁹ OEA, Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 1969, art. 1.1; ONU, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Nueva York, Estados Unidos, 1966, ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York, Estados Unidos, art. 2.2; OEA, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), Belém do Pará, Brasil, 1994, art.7.; ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Nueva York Estados Unidos, 1979, arts. 2 y 3.

⁸⁰ [L]a protección de los derechos humanos constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo "susceptible de ser decidido" por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar un "control de convencionalidad" [...] que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial. Corte IDH, *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*, Sentencia de 24 de febrero de 2011, Serie C No. 221, San José, Costa Rica, párr. 239. [E]n el ámbito de su competencia "todas las autoridades y órganos de un Estado Parte en la Convención tienen la obligación de ejercer un control de convencionalidad". Corte IDH, *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 28 de agosto de 2014, Serie C No. 282, San José, Costa Rica, párr. 497. Esta obligación vincula a todos los poderes y órganos estatales en su conjunto, los cuales se encuentran obligados a ejercer un control "de convencionalidad" *ex officio* entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. Corte IDH, *Caso Rochac Hernández y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 14 de octubre de 2014, Serie C No. 285, San José, Costa Rica, párr. 213.

⁸¹ 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 "Belém do Pará", 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.

83. Es obligación del Estado, eliminar toda violencia contra la mujer y no perpetrarla ni justificarla de ninguna forma,⁸² adoptar medidas eficaces para impedir efectivamente esas conductas y su reiteración⁸³, así como eliminar todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de la violencia contra la mujer.

84. La violencia contra la mujer, al momento de ocurrencia del hecho victimizante, se encontraba categorizada en la legislación nacional en las siguientes formas: psicoemocional, física, patrimonial, económica, sexual, contra los derechos reproductivos, violencia feminicida⁸⁴ o cualquier otra forma análoga que lesione la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.⁸⁵ Es por ello 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 Estado⁸⁶ 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 políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.⁸⁷

85. Existen diversas manifestaciones 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;⁸⁸ b) psicológica, que comprende el trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, o humillante, cuando la mujer va a pedir asesoramiento o atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica;⁸⁹ 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.

86. Asimismo, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Distrito Federal, vigente al momento de los hechos, hacía referencia a la violencia contra los derechos reproductivos, como "toda acción u omisión que limite o vulnere

⁸² Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

⁸³ Comité de Naciones Unidas contra la Tortura. Observación general No. 2, Aplicación del artículo 2 por los Estados partes, CAT/C/GC/2, 24 de enero de 2008, párr. 4.

⁸⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, Artículo 6. Publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, del 29 de enero de 2008, reforma del 26 de noviembre de 2015.

⁸⁵ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 6, Fracción VI, Ley publicada el 1 de febrero de 2007, reforma del 17 de diciembre de 2015.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ GIRE. Violencia obstétrica. Recuperado en: <https://informe.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>

⁸⁹ Medina, Graciela, "Violencia obstétrica", en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62>>.

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".⁹⁰

87. La Relatora Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer, ha precisado que 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 salud⁹¹.

88. 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.⁹² 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"⁹³.

89. En criterio de esta Comisión, en sus artículos 4, 7 y 9⁹⁴, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante Convención de Belém do Pará) consagra el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica; al reconocer la obligación reforzada del Estado de proteger a las mujeres. De este modo, en el marco de la Convención de Belém do Pará debería considerarse que la violencia obstétrica es cualquier

⁹⁰ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Artículo 6, Fracción VI.

⁹¹ 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>

⁹² OEA. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, adoptada en Belém Do Pará, 9 de junio de 1994.

⁹³ CEDAW. Recomendación General No. 24; artículo 12 CEDAW- La mujer y la salud, 20º período de sesiones (02/02/1999), párr. 17

⁹⁴ México suscribió la Convención de Belém do Pará el 04 de junio de 1995 y la ratificó el 19 de junio de 1998, con lo que se hizo Estado Parte de dicho tratado internacional.

Artículo 4

Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de **todos derechos humanos** y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos [...]

Artículo 7

Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

a) abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;

Artículo 9

Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. **En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada [...]**

acción o conducta que, por razones de género, es cometida durante el embarazo, parto y puerperio.

90. La perspectiva de género en el ámbito obstétrico implica reconocer situaciones concretas en este espacio de la vida de las mujeres en las que se les debe reconocer como sujetas de derechos y no como objetos de protección frente a una profunda asimetría de poder entre el sector médico (masculinizado) y las mujeres embarazadas o en parto y posparto.

91. 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 e investigar todo acto de violencia contra la mujer;⁹⁵
- Supervisar la prestación de servicios de salud a las mujeres, para garantizar el respeto y garantía de sus derechos humanos;⁹⁶
- Evitar prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados;⁹⁷
- Adoptar medidas preventivas en casos específicos en los que es evidente que determinadas mujeres pueden ser víctimas de violencia⁹⁸;
- Reunir datos y elaborar estadísticas sobre la violencia obstétrica.⁹⁹
- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal¹⁰⁰.

VI.1.1. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a un parto humanizado

92. De manera particular, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993¹⁰¹, sobre *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, constituye un instrumento vigente al momento de ocurrencia del hecho victimizante que, en otras cuestiones, establece que:

⁹⁵ 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 González 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.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ UNESCO. Ley de Parto Humanizado en: La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética, año 4, enero – junio 2013.

⁹⁸ 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.

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto, publicada en 1985.

¹⁰¹ 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.

- 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.

93. 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 suficiente¹⁰², sin coacción, violencia o discriminación alguna¹⁰³.

94. En ese sentido, el Estado debe garantizar que las mujeres adopten decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia¹⁰⁴. 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 señaló 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 capacitado¹⁰⁵.

¹⁰² Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Artículo 5, fracción III.

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ 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>

¹⁰⁵ 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 período de sesiones, resolución A/64/272, Ginebra, 2009, párr. 57.

95. 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 humanos¹⁰⁶, el Estado tiene una obligación reforzada de prevenir, atender, sancionar y erradicar, con la debida diligencia, la violencia contra la mujer,¹⁰⁷ 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".¹⁰⁸ 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.¹⁰⁹ De manera específica, los tres órdenes de gobierno deben tomar las medidas idóneas, oportunas y necesarias para eliminar toda violencia contra la mujer¹¹⁰ y no justificarla de ninguna forma, bajo costumbres, consideraciones religiosas o tradicionales y sobre todo no tolerarla.¹¹¹

96. De otro lado, como parte del estándar establecido para resolver el presente asunto, debe precisarse que el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, como todos los derechos humanos, impone obligaciones a las autoridades públicas, en el ámbito de sus competencias. Tal como ya se precisó, la CPCM establece tres categorías interdependientes de obligaciones de las autoridades en materia de derechos humanos:

- i. Obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.
- ii. Obligaciones específicas de garantía para asegurar el ejercicio de los derechos y elevar los niveles de bienestar.
- iii. Obligaciones específicas de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

97. Este régimen de obligaciones de las autoridades debe ser el referente ineludible para determinar, en cada caso concreto, si las autoridades de la Ciudad de México han incurrido en violaciones a los derechos humanos, inclusive, el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica.

98. Así, la obligación general de respetar¹¹² es principalmente una obligación que implica abstenerse de violar los derechos; siendo de esta manera, la obligación de

¹⁰⁶ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 3. Diciembre 1993.

¹⁰⁷ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículos 3, 19 y 20.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ Corte IDH. Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 2015, párr. 108.

¹¹⁰ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

¹¹¹ Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre Mujeres, Beijing 1995, capítulo sobre derechos de las mujeres, párrafo 224

¹¹² En criterio de esta Comisión, en el caso al que se refiere la presente Recomendación están involucradas principalmente las obligaciones de respeto y garantía [dentro de la que se incluye las obligaciones específicas de prevenir, investigar,

respetar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica implica que ninguna autoridad¹¹³, por acción u omisión, puede obstaculizar o impedir que las mujeres ejerzan efectivamente cada uno de los componentes de este derecho. Así, *v.gr.* la **obligación de respetar** el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier conducta que las pueda dañar, lastimar o denigrar durante el embarazo, parto y/o puerperio, implica que ninguna autoridad, por acción u omisión pueda dañar, lastimar o denigrar a ninguna mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio.

99. Por su parte, la obligación de garantizar el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica implica que las autoridades de la Ciudad de México, en el marco de sus respectivas competencias, generen las condiciones necesarias y adecuadas para que las mujeres puedan ejercer libremente cada uno de los componentes del derecho. Así, en el marco de la obligación de garantizar el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica y como parte del estándar de la debida diligencia, las autoridades de la Ciudad de México deben prevenir, investigar y sancionar toda violencia obstétrica, procurando la reparación integral de los daños producidos en las mujeres y sus familiares, cuando tales violaciones se presentan.

100. A nivel local, la Secretaria 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 infantil¹¹⁴, por lo que debe asegurarse que su personal se abstenga de realizar actos o prácticas de violencia contra las mujeres¹¹⁵. Además, debe adoptar medidas integrales¹¹⁶ e instrumentar políticas, desde una perspectiva de género, para prevenir los factores de riesgo¹¹⁷. En especial, debe establecer las políticas necesarias para garantizar a las mujeres

sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos], siendo éstas, junto con la obligación de protección, las obligaciones de cuyo incumplimiento se puede derivar, en principio, la declaratoria de responsabilidad del Estado (entendido como cualquiera entidad pública, tal como las autoridades públicas de la Ciudad de México). Así, las obligaciones de respeto y de garantía también se encuentran establecidas, para el caso mexicano, principalmente en el artículo 2o. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), en el artículo 2o. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). De esta manera, para los efectos de cumplimiento de las obligaciones internacionales, en el marco de sus respectivas competencias y atribuciones, "[l]odos los poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial) y otras autoridades públicas o estatales, a cualquier nivel que sea, nacional, regional o local, están en condiciones de asumir la responsabilidad del Estado Parte". Véase también ONU, Comité de Derechos Humanos, "Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto", Observación General No. 31, Documento CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 26 de mayo de 2004, párr. 4.

¹¹³ Así, el artículo 6.VII la Ley de Acceso local delimita la violencia obstétrica como toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o **institución de salud pública** del gobierno de la Ciudad de México.

¹¹⁴ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 17.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ CIDH, El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación en Haití, OEA/Ser.LV/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).

embarazadas una vida libre de violencia al desarrollar y operar políticas de prevención,¹¹⁸ y garantizar que las mujeres dispongan de asistencia especializada, así como de estructuras de apoyo.¹¹⁹

Motivación.

101. Esta Comisión tiene acreditado que, en el presente caso, Elizabeth Flores Villafaña inmediatamente después de identificar datos de alarma en su embarazo, a las 13:00 horas del 16 de noviembre de 2015, se presentó en el HMPX para recibir atención médica de urgencia, sin embargo, al llegar al nosocomio tuvo que esperar más de tres horas para ser revisada por primera ocasión por el personal médico, lo cual ocurrió hasta las 16:37 horas del día, sin que durante su tiempo de espera se le realizara un *triage* obstétrico que permitiera priorizar su atención.¹²⁰

102. Una vez que Elizabeth fue ingresada en el HMPX, el personal médico pudo constatar que presentaba como diagnóstico

situación que ponía en peligro la culminación de su embarazo por lo cual requería de un monitoreo constante, así como de la aplicación de algunos medicamentos que ayudarían de la víctima directa

2. Pese a tal situación, fue hasta las 19:30 horas del 16 de noviembre de 2015 que, el personal del HMPX comenzó a suministrarle a Elizabeth los medicamentos que requería, esto es, pasaron más de tres horas desde que fue atendida por primera vez en el hospital y hasta que se le aplicaron los que necesitaba, lo cual era un tema prioritario, en atención a la situación de riesgo en la que se encontraba su embarazo.¹²¹

103. Por otro lado, se documentó que el personal médico del HMPX no llevó a cabo un adecuado monitoreo y vigilancia del estado de salud de Elizabeth, toda vez que para ello requería que se le realizaran estudios de laboratorio y de un cardiotocógrafo, servicios con los cuales no contaba el HMPX y que eran indispensables para una atención adecuada y de calidad durante el embarazo y previo al parto.¹²²

104. También era necesario que al momento de que Elizabeth ingresara al hospital, se le realizara un ultrasonido para determinar la edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido y realizar pruebas de bienestar fetal, situación que llevó a señalar, en la nota de admisión, que Elizabeth contaba con ¹²³, cuando en realidad contaba con

¹¹⁸ 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.

¹¹⁹ Oficina del alto Comisionado de Naciones Unidas (OHCHR) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Artículo 4. Diciembre 1993.

¹²⁰ Ver Anexo, evidencias 1, 2, 3, 7, 9, 15, 20, 21 y 24.

¹²¹ Ver Anexo, evidencias 1, 2, 3, 4, 9, 15 y 20.

¹²² Ver Anexo, evidencias 4, 5, 15 y 20.

¹²³ Ver Anexo, evidencia 20

105. Esta Comisión logró acreditar que, al momento en el que **Elizabeth Flores Villafaña** fue internada el 16 de noviembre de 2015 en el HMPX, por presentar una médica revisó su expediente y le informó que "tenía" que realizarle una cirugía porque se le había "roto la fuente", también le dijo que "por su bebé ya no se podría hacer nada" y "se lo tenían que sacar", comentarios que le ocasionaron temor y sufrimiento a **Elizabeth** al grado del llanto.¹²⁴

106. A pesar de que, en la nota de indicaciones médicas del 17 de noviembre de 2015, se indicó "vigilancia obstétrica". No se localizó alguna otra nota médica de seguimiento elaborada ese día, por lo que no existe evidencia de que se haya llevado a cabo el monitoreo de la condición de salud de Elizabeth.¹²⁵ En la madrugada del 18 de noviembre de 2015, fue la propia Elizabeth quien avisó al personal médico la falta de movimiento de la Niña víctima directa 2, y a partir de ello, el personal a cargo se pudo percatar que por lo que la trasladó de manera inmediata al área de expulsión. Durante el traslado, también quedó acreditado, que **Elizabeth** recibió regaños por parte del personal médico del HMPX quien le decía que "dejara de pujar ya que si se caía el bebé sería su culpa" y una vez en el área de expulsión, fue nuevamente regañada, exigiéndole que pujara, que en caso de no hacerlo "su bebé nacería con un chipote".¹²⁶

107. Asimismo, se acreditó por parte de este Organismo que el 18 de noviembre de 2015, personal del HMPX le realizó a **Elizabeth** una episiotomía, sin que se le explicara en qué consistía este procedimiento o cuales serían los riesgos de no realizar el corte. La episiotomía mecánica o rutinaria es procedimiento médico que según la Organización Mundial de la Salud¹²⁷ no se recomienda el uso ampliado de rutina en mujeres que presentan parto vaginal espontáneo; al respecto, la ciencia ha constatado que dicho procedimiento causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo en las pacientes.¹²⁸

108. De igual manera, se documentó que, durante el parto, fueron varias las médicas quienes le realizaron a **Elizabeth**, lo cual le causó mayor dolor.¹²⁹

109. Por lo anterior, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, específicamente el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, incumplió su obligación de respetar el derecho a un parto humanizado de **Elizabeth Flores Villafaña**, toda vez que no atendió de manera oportuna la urgencia obstétrica que presentó, postergó de manera injustificada el inicio del tratamiento médico que requería, no brindó monitoreo y seguimiento oportuno a su embarazo, por no contar con los

¹²⁴ Ver Anexo, evidencia: 2, 3, 4, 18 y 21.

¹²⁵ Ver Anexo, evidencias 5 y 15.

¹²⁶ Ver Anexo, evidencias 9, 15, 18 y 21.

¹²⁷ Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, 2018, pág. 7. Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.

¹²⁸ Ver Anexo, evidencias 6, 15, 18 y 21.

¹²⁹ Ver Anexo, evidencia 18.

insumos para ello, le realizó comentarios a tipo de regaño y tactos vaginales que le ocasionaron mayores dolores y molestias durante su parto. Lo anterior, propició que la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba **Elizabeth** desde que se presentó en el HMPX, se agudizara y le generara temor por su vida y la de la Niña víctima directa 2 y, en consecuencia, no se garantizó su derecho al nivel más alto de salud reproductiva.

VI.1.2. Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas

110. Tal como ya fue establecido, el derecho humano de las mujeres a un parto humanizado incluye, entre otros componentes, el derecho a que se les garantice la implementación de mejores prácticas respecto de la la coordinación y los acuerdos interinstitucionales necesarios para atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas.

111. Además, para garantizar la atención oportuna e integral, debe considerarse lo dispuesto en la NOM-007-SSA2-2016, según la cual los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas, deben de contar con: espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; las veinticuatro horas del día, todos los días del año.¹³⁰

Motivación.

112. Este Organismo considera que estamos frente a una deficiente atención de emergencias obstétricas, la cuales, en conjunto con una secuencia de conductas y omisiones imputables al personal de la SEDESA, generó en las víctimas diversas situaciones de vulnerabilidad que trascendieron a la permanencia hospitalaria e impactaron en su calidad de vida.

113. Como se precisó antes, este Organismo tiene acreditado que el 16 de noviembre de 2015, una vez que identificó datos de alarma en su embarazo, **Elizabeth Flores Villafaña** se presentó de manera inmediata en el HMPX para recibir atención médica oportuna; sin embargo, al llegar al citado nosocomio tuvo que esperar varias horas en el área de urgencias para recibir atención, sin que en ese tiempo se le realizara un *triage* obstétrico que permitiera priorizar su atención.¹³¹

¹³⁰ No pasa desapercibido que la emisión de la NOM-007-SSA2-2016, párr. 5.8 1, es posterior a la realización del hecho victimizante; sin embargo, se hace referencia a ella considerando su importancia

¹³¹ Ver Anexo, evidencia 1, 2, 15 y 20.

114. Una vez ingresada en el HMPX y constatado su diagnóstico el personal médico no llevó a cabo el monitoreo y seguimiento del embarazo de Elizabeth, medida indispensable de acuerdo al riesgo que presentaba; asimismo, se documentó que el personal médico postergó injustificadamente el inicio del tratamiento médico prescrito a Elizabeth y no contaba con los insumos necesarios para su monitoreo, tales como estudios de laboratorio y un cardiotocógrafo. Lo anterior permitió que, en la madrugada del 18 de noviembre de 2015, fuera Elizabeth quien avisara al personal médico respecto de los datos de alarma que presentaba, a partir de lo cual se pudo constatar que tenía por lo que requería ser trasladada al área de expulsión de manera inmediata.¹³²

115. De esta manera, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en específico el HMPX, incumplió su obligación de respetar el derecho de **Elizabeth Flores Villafañá** a una atención oportuna y eficaz de la emergencia obstétrica que presentó en el mes de noviembre de 2015, toda vez que dilató injustificadamente su atención médica inicial, omitió realizarle un *triage* obstétrico que permitiera priorizar su atención médica y una vez internada en el hospital, no le brindó un adecuado monitoreo o vigilancia a su condición de salud, desde la emisión de su diagnóstico y hasta su parto, situación que estuvo estrechamente relacionada con la falta de servicios de laboratorio y cardiotocógrafo del Hospital.

VI.1.3. Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a una vida libre de violencia durante el puerperio

116. La protección reforzada de las mujeres durante el puerperio, tal como se ha desarrollado antes, incluye la garantía de ser libres de cualquier forma de negligencia, de juzgamiento y/o de maltrato en su atención médica; a no ser sometida a un trato deshumanizado, a tomar decisiones libres y plenamente informadas sobre su cuerpo, su salud, así como sobre el contenido y alcance de sus derechos como víctima de violencia obstétrica.

Motivación.

117. Se logró acreditar por este Organismo defensor de derechos humanos que, durante el parto de 18 de noviembre de 2015, el personal médico del HMPX llevó a cabo diversas conductas que maltrataron a **Elizabeth Flores Villafañá**, tales como que al momento en que era trasladada a la sala de expulsión la regañaron diciéndole que "dejara de pujar ya que si se caía el bebé sería su culpa" y una vez en el área de expulsión los regaños continuaron, por lo cual se le exigía a **Elizabeth** pujar, señalándole que en caso de no hacerlo "su bebé nacería con un chipote". Dicha situación evidencia que en todo momento el personal médico pretendió responsabilizar a **Elizabeth** de lo que ocurría, como si ella tuviera el control de la situación y supiera de antemano qué debía o no hacer.¹³³

¹³² Ver Anexo, evidencias 3, 5, 15 y 20.

¹³³ Ver Anexo, evidencias 9, 15, 16, 18 y 21.

118. Se documentó que el 19 de noviembre de 2015, cuando **Elizabeth** fue dada de alta del HMPX, el personal médico señaló en su nota de evolución y alta obstétrica, en el rubro de atención a factores de

Al respecto, si bien la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico precisa que en la nota de egreso se deben colocar los factores de riesgo, también es necesario que para ello se realicen las derivaciones médicas pertinentes. En el caso particular, en ningún momento el personal médico derivó a **Elizabeth** para que recibiera atención médica preventiva, ni mucho menos la canalizó a alguno de los programas preventivos y de control existentes en la red de salud pública o explicó las implicaciones que esto tenía para ella. Por ello, considerando el contexto de vulnerabilidad en el que se encontraba **Elizabeth**, quien estaba en la etapa de puerperio, así como la gravedad que presentaba la **Niña víctima directa 2**, el señalamiento realizado en la nota de evolución y alta obstétrica fue una conducta que juzgó y vejó a la **víctima directa 1**.¹³⁴

119. Por otro lado, mientras la **Niña víctima directa 2** permanecía internada en el HMPX, en donde era reportada como grave, el personal médico llegó a manifestarle a **Elizabeth**, quien se encontraba cursando su etapa de puerperio, "¿sí sabe lo que significaba grave?", "grave quiere decir que su hija está en peligro de muerte"; comentarios que dañaron y lastimaron a **Elizabeth** y complejizaron su situación al acentuar su temor y vulnerabilidad.¹³⁵

120. Asimismo, se documentó por esta Comisión que, cuando **Elizabeth** preguntó respecto de las razones de la gravedad de su hija recién nacida, **Niña víctima directa 2**, el personal del HMPX le contestaba de manera abrupta y golpeada, de forma que le llegó a manifestar "porque _____, le faltó _____ y si tiene tantas dudas póngase a buscar en internet", "póngase a investigar, por qué todo quiere que se lo diga yo". Cuando **Elizabeth** intentó exponer las complicaciones que podría tener para acceder al internet, el médico le refirió a gritos "en pleno siglo XXI, hubiera gente tan ignorante". Dichos comentarios dañaron y lastimaron a **Elizabeth**, acentuaron su temor e incertidumbre, logrando fracturar la relación de cordialidad y respeto entre ella y el personal médico a cargo de la **Niña víctima directa 2**.¹³⁶

121. En el momento en el que **Elizabeth**, en ejercicio de sus derechos, exigió un mejor trato y mayor información respecto del estado de salud de la **Niña víctima directa 2**, el personal médico del HMPX la catalogó de "mal agradecida" y "revoltosa", denigrándola al grado que fue mal vista incluso por el personal de seguridad del nosocomio. Al respecto, también se documentó que el personal médico del HMPX exhibió a la **Niña víctima directa 2** ante familiares de otros pacientes, a quienes le señalaban "mire como está de grave esta bebé y su mamá

¹³⁴ Ver Anexo, evidencias 7 y 15.

¹³⁵ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 18 y 21.

¹³⁶ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 18, 21 y 22.

aun así anda peleando”, comentarios que al ser del conocimiento de **Elizabeth** la lastimaron, dañaron y denigraron.¹³⁷

122. Se acreditó que el 12 de enero de 2016, mientras la **Niña víctima directa 2** aún permanecía hospitalizada y era reportada como grave, el personal médico del HMPX al tener conocimiento que **Elizabeth** había tenido un

fue insistente en mencionarle que le debían realizar algunos estudios manifestándole “si ya hay un antecedente es porque algo está mal en usted”, comentarios que además de que lastimaron a **Elizabeth**, pretendieron hacerla responsable del estado de salud de su hija recién nacida, aun cuando lo que se asentó en el expediente clínico de la Niña víctima directa 2, motivo de la solicitud, no guardaba relación con lo manifestado.

123. Esta Comisión tiene documentado que durante el tiempo que permaneció hospitalizada la **Niña víctima directa 2**, esto es, desde el 18 de noviembre de 2015 y hasta el 26 de febrero de 2016, fueron pocas las veces que **Elizabeth Flores Villafaña** pudo ver a su hija recién nacida, quien si bien presentaba una condición médica que ameritaba un aislamiento, el personal médico del HMPX debió proporcionar los medios y oportunidades necesarias para que **Elizabeth** tuviera apego precoz con su bebé, lo cual era indispensable considerando que la niña era reportada como grave, actuaciones que hubieran influido favorablemente en que **Elizabeth** tuviera certeza y tranquilidad de que su hija estaba recibiendo atención médica oportuna.¹³⁸

124. Por lo anterior, el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Elizabeth Flores Villafaña** a una vida libre de violencia durante el puerperio, toda vez que el personal médico en diversos momentos fue poco empático y sensible con la situación que estaba viviendo, lo cual generó un ambiente de temor, incertidumbre y desconfianza entre la paciente y el personal médico.

125. Considerando que el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género [inclusive, naturalmente, el derecho humano a una vida libre de violencia obstétrica] “es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos”¹³⁹, bajo esta premisa se desarrollan los siguientes apartados de la presente Recomendación 01/2022.

VI.2. Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva

¹³⁷ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 18 y 21.

¹³⁸ Ver Anexo, evidencias 17, 18 y 21.

¹³⁹ Por su parte, la Corte IDH ha señalado que la garantía de este derecho impacta en otros derechos humanos, como el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal. Ver. Corte IDH, caso *Vera Vera y otra vs. Ecuador*, sentencia del 19 de mayo de 2011, párr. 43.

126. El derecho a la salud reproductiva se encuentra considerado como parte integrante del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹⁴⁰ y, para una mejor comprensión, se entiende -entre otros aspectos- como la libertad de adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva.¹⁴¹ Esta última es la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables.¹⁴²

127. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y establece algunas medidas que deben adoptar los Estados a fin de asegurar la plena realización del derecho a la salud, estableciendo que tales medidas, se deben encaminar a la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, el Comité DESC)¹⁴³ 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 discriminación¹⁴⁴
- ii) Accesibilidad física¹⁴⁵

¹⁴⁰ Comité DESC, Observación General 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, Resolución E/C.12/GC/22, párr. 1.

¹⁴¹ Comité DESC, Observación General 22, op cit., párr. 5.

¹⁴² Comité DESC, Observación General 22, op cit., párr. 6.

¹⁴³ 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.

¹⁴⁴ 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.

¹⁴⁵ 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

- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad)¹⁴⁶
- iv) Acceso a la información.¹⁴⁷

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 otros factores, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

VI.2.1. Incumplimiento de la obligación de garantizar el derecho a la salud, incluyendo la salud reproductiva con los requisitos de disponibilidad, accesibilidad y calidad.

128. De manera relevante, destacan las provisiones de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante CEDAW), la cual establece la obligación de los Estados Partes para garantizar *"a la mujer [los] servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto [...]"*.¹⁴⁸

129. A estos efectos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres de la ONU (en adelante Comité CEDAW), a través de su "Recomendación General N.º 24" indicó que *"[e]l cumplimiento [...] del artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer. De conformidad*

mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ 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.

¹⁴⁸ Artículo 12.2 de la CEDAW. Sobre esta disposición convencional, esta Comisión destaca el reconocimiento implícito que desde hace cerca de cuarenta años se hizo en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos del derecho de las mujeres a contar con servicios obstétricos apropiados.

con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto,¹⁴⁹ Asimismo, dicho Comité observó que "es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles".¹⁵⁰

130. En cuanto a las particularidades del derecho a la salud reproductiva, la Observación General N° 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Comité DESC) define la salud reproductiva como "la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo".¹⁵¹

131. El artículo 11 de la Ley de Salud del Distrito Federal, vigente al momento de ocurrir el hecho victimizante, establece que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a¹⁵²:

- "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".

132. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "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 -entre otras- la Intervención quirúrgica y los procedimientos invasivos. Resulta 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"¹⁵³, que obstaculizan su derecho al consentimiento informado. En

¹⁴⁹ Ver, ONU, Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, La mujer y la salud, párr. 2.

¹⁵⁰ Ver, ONU, Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, op. cit., párr. 27.

¹⁵¹ Ver, ONU, Comité DESC, Observación General 22, op. cit., párr. 6.

¹⁵² Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracciones II, III, IV, XV, XVI

¹⁵³ 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. 29

ese sentido, deberá considerarse el derecho de "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" ya sea para sí o a través de sus familiares o representantes¹⁵⁴.

133. De manera particular, en materia de salud materna, el Estado debe abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer¹⁵⁵, 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. En ese sentido, debe garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a los servicios de salud que requieren según sus necesidades particulares relacionados con el embarazo y el periodo posterior al parto¹⁵⁶.

134. 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"¹⁵⁷ 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.
- 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.¹⁵⁸

135. Como lo ha precisado el Comité CEDAW¹⁵⁹, 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 tanto, los sistemas de salud "son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención

¹⁵⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Artículo 29.

¹⁵⁵ Ver, ONU, Comité DESC, Observación General N° 14 (2000), op cit., párr. 34.

¹⁵⁶ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, Washington, D.C., 2010, p. 1. Disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

¹⁵⁷ 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 para su consulta en la dirección electrónica <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.

¹⁵⁸ *Idem*. Título Quinto Especificaciones.

¹⁵⁹ Ver, ONU, Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, op cit., párr. 22.

postnatal de la madre y el niño"¹⁶⁰. Así, la SEDESA debe "facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica"¹⁶¹ y garantizar que reciban orientación e información suficiente, veraz, clara y oportuna sobre su salud y procedimientos¹⁶² y acceso a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

136. En razón de lo anterior, 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 prevenibles¹⁶³.

137. Considerando que la salud del binomio materno-infantil tiene un carácter prioritario¹⁶⁴ y que forma parte de los servicios básicos de salud¹⁶⁵, la SEDESA debe garantizar que los hospitales estén equipados y cuenten con personal médico, medicamento e insumos suficientes para brindar atención integral a las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio.¹⁶⁶

Motivación.

La CDHCM logró documentar y acreditar que el personal médico del HMPX que atendió por primera ocasión a **Elizabeth Flores Villafaña** el 16 de noviembre de 2015, minimizó y puso en duda la información que la **víctima directa 1** proporcionó al momento de precisar el número de semanas de gestación que llevaba su embarazo, quienes además se negaron a consultar el ultrasonido que la paciente llevaba consigo. Lo relevante de lo anterior, radica en que el personal médico careció de toda empatía, sensibilidad y profesionalismo al intentar invalidar el conocimiento de Elizabeth, con lo cual empezó a mermar desde un inicio su relación y comunicación.¹⁶⁷

138. Durante la investigación del presente asunto, se logró acreditar que, al momento en el que Elizabeth Flores Villafaña fue internada el 16 de noviembre de 2015 en el HMPX por presentar , y la médica que revisó su expediente, le informó cuál era su diagnóstico precisándole que "por su bebé ya no se podría hacer nada", comentarios que ocasionaron que Elizabeth tuviera temor de que su bebé corría peligro, lo cual además le ocasionó sufrimiento. Ahora bien, al tratarse de un hospital materno, debió contar con el personal médico

¹⁶⁰ 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

¹⁶¹ Ley General de Salud, Artículo 64 Bis

¹⁶² Ley de Salud del Distrito Federal, Artículo 11, fracción V.

¹⁶³ Comité CEDAW. Resolución CEDAW/C/49/D/17/2008 de 10 de agosto de 2011, comunicación 17/2008, párr. 8.

¹⁶⁴ Ley General de Salud, artículo 61.

¹⁶⁵ Ley General de Salud, artículo 27, fracción IV.

¹⁶⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 70, fracción I.

¹⁶⁷ Ver Anexo, evidencias 1, 2, 3, 4, 9, 18, 21 y 22.



y profesional capacitado para brindar una adecuada atención y prevenir cualquier riesgo que pudiera existir durante el embarazo y parto.¹⁶⁸

139. La médica general del HMPX que revisó el expediente, informó de manera abrupta a **Elizabeth** que "por su bebé ya no se podría hacer nada" y "se lo tenían que sacar", dichos comentarios además de lastimar a **Elizabeth**, fueron poco profesionales y con ellos se mostró la poca empatía y sensibilidad que el personal del HMPX tuvo al atender la emergencia obstétrica y prevenir cualquier otro riesgo que pudiera existir durante el embarazo que estaba viviendo y el posterior parto¹⁶⁹

140. También se tuvo por acreditado que se postergó injustificadamente el inicio del tratamiento médico de **Elizabeth**, no monitorearon adecuadamente su embarazo y gracias a que ella avisó que no sentía los movimientos de su bebé, fue como se logró identificar que no tenía líquido amniótico y, posteriormente, sucedió el nacimiento de la **Niña víctima directa 2**, a pesar de los riesgos a la salud reproductiva de la **víctima directa 1** que esto pudo generarle.¹⁷⁰

141. Por otro lado, como previamente se señaló, desde el otorgamiento de su diagnóstico y hasta el momento del parto, **Elizabeth** necesitaba de un monitoreo y vigilancia de su embarazo, de manera que los días 16 y 17 de noviembre de 2015, requería esencialmente que se le practicaran estudios de laboratorio y de un cardiotocógrafo, servicios que no le brindó el HMPX por no contar con ellos, pese a tratarse de un nosocomio especializado en la atención de mujeres embarazadas, instrumentos que resultaban indispensables para prevenir riesgos o afectaciones en la salud reproductiva de la **víctima directa 1** como su usuaria.¹⁷¹

142. En el parto, se acreditó que el HMPX le realizó una _____ a **Elizabeth**, supuestamente de rutina, sin contar con su consentimiento y sin explicarle cuáles eran las consecuencias de este procedimiento en su cuerpo y etapa de puerperio. Por tratarse de un hospital especializado, debe contar con el personal profesional capacitado y suficiente para brindar información y asistencia oportuna a las pacientes.¹⁷²

143. En ese mismo orden de ideas, los regaños de los que fue víctima **Elizabeth** al ser trasladada al área de expulsión y durante su parto, por parte del personal del HMPX; además de la manera tan despectiva en la que se le brindaba contestación a sus inquietudes externadas con el estado de salud de la **Niña víctima directa 2**, misma que se han precisado previamente, dan cuenta de la falta de empatía del personal médico, lo cual sin duda es derivado de una falta de capacitación en temas de derechos humanos, específicamente derechos de las mujeres como grupo de

¹⁶⁸ Ver Anexo, evidencias 1, 2, 3, 4, 9, 18, 21 y 22.

¹⁶⁹ Ver Anexo, evidencias 1, 2, 3, 4, 9, 18, 21 y 22.

¹⁷⁰ Ver Anexo, evidencias 6, 15, 18 y 21.

¹⁷¹ Ver Anexo, evidencias 3, 5, 15 y 20.

¹⁷² Ver Anexo, evidencias 6, 15 y 21.

¹⁷³ Ver Anexo, evidencias 6, 14 y 21.

atención prioritaria que se ubica históricamente en un estado de vulnerabilidad y que requieren de una atención integral.¹⁷⁴

144. Debido a la falta de insumos, personal, información y constantes regaños, la SEDESA incumplió su obligación de respetar que el derecho a la salud, incluida la reproductiva, de Elizabeth Flores Villafaña, cumpliera con los requisitos de disponibilidad, calidad y de aceptabilidad.

VI.3. Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud de las infancias.

145. Específicamente tratándose de niñas, niños y adolescentes, resulta indispensable señalar que el ejercicio de sus derechos requiere de la implementación diferenciada y reforzada de las obligaciones del Estado.

146. Las niñas, niños y adolescentes constituyen un grupo heterogéneo con prioridades diversas en materia de salud, dependiendo de una serie de factores¹⁷⁵ que requieren de adaptación a las necesidades de salud particulares de su edad, desarrollo progresivo y características específicas de su identidad, por lo que deben cumplirse los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad y calidad.

147. La Convención sobre los Derechos del Niño, exhorta a los Estados a garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud para las niñas y los niños y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa de los niños, niñas y adolescentes, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas.

148. Específicamente, en su artículo 24, el derecho de niños, niñas y adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. A la par, establece la obligación de adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todas las infancias, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud. Tales derechos deben ser garantizados en relación con el interés superior de niñas, niños y adolescentes.

149. En el ámbito nacional la CPEUM establece, en su artículo 4 que "[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y

¹⁷⁴ Ver Anexo, evidencias 9, 18, 21 y 22

¹⁷⁵ A/HRC/22/31 Consejo de Derechos Humanos 22º período de sesiones Temas 2 y 3 de la agenda Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". En este sentido, el artículo 2 de la Ley General de Salud precisa que la protección a la salud 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, así como 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 salud¹⁷⁶; entre otros.

150. Respecto de los avances significativos en el desarrollo económico y social de América Latina y el Caribe para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, el Fondo para las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ha reportado¹⁷⁷ que existe un progreso desigual en los países por lo que todavía existe un número significativo de niños, niñas y adolescentes desfavorecidos y excluidos que encuentran barreras para acceder a los servicios sociales y de protección, tales como servicios de salud pública con criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En tal sentido, UNICEF precisa que el acceso universal a esos servicios y la reducción de desigualdades será posible sólo si existe un compromiso colectivo de los Estados, a través del fortalecimiento de políticas públicas y programas con un enfoque de equidad.

VI.3.1 Incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho a la salud de la niña víctima 2 con los requisitos de disponibilidad, calidad y adaptabilidad.

151. Particularmente tratándose de manera diferenciada de recién nacidas, lactantes y menores de 5 años, la atención médica requiere ser especializada y desarrollada desde una visión de obstetricia, neonatal y pediátrica con supervisión de apoyo, vigilancia y análisis de datos para mejorar la calidad a lo largo de los distintos periodos de la infancia¹⁷⁸ para prestar servicios de calidad reduciendo al mínimo el dolor, el miedo, la ansiedad y el sufrimiento de los niños y su familia¹⁷⁹.

152. Específicamente el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General No. 15, ha señalado la obligación de los Estados de implementar acciones encaminadas a asegurar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de las infancias, reconociendo la importancia de las distintas dimensiones de su desarrollo

¹⁷⁶ Ley General de Salud, Artículo 3.

¹⁷⁷ Disponible para su consulta en la dirección electrónica <https://www.unicef.org/lac/ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>

¹⁷⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

¹⁷⁹ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15 (2013), sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

(físico, mental, espiritual y social) a través de su atención constante y continua desde el nacimiento¹⁸⁰.

153. Asimismo, dentro de la Observación General se hace ver la relación entre la salud y atención de la madre antes, durante y después del parto, con la salud de sus hijas e hijos, por lo que la salud de las niñas y niños recién nacidos debe ser vista, abordada y atendida durante todo el proceso del parto y no verse como una obligación momentánea o única al momento del nacimiento, es progresiva y continua para mantener su estado de salud.¹⁸¹ El desarrollo en un momento de su vida va a influir en sus demás etapas, incluyendo la salud en cada una de ellas.¹⁸²

154. El objetivo del Estado consiste en asegurar la mejor atención posible y el carácter prioritario de la atención a niñas, niños y adolescentes, utilizando todos los recursos necesarios para lograrlo, y se debe cerciorar de no comprometer o entorpecer su estado de salud por falta de uso de recursos o medidas mal utilizadas e insuficientes.¹⁸³

155. Finalmente, resulta indispensable señalar que la SCJN señaló en el Amparo directo en Revisión 1049/2017, resuelto por la Primera Sala que "*el interés superior del menor es una consideración prevalente tratándose de decisiones que son críticas para el futuro o bienestar de un menor, como aquellas relacionadas con su derecho a la salud y a la vida.*"; en el que se abordó la necesidad de priorizar siempre la salud y el bienestar presente y futuro de la niña, niño o adolescente, sin importar las circunstancias o personas que le rodeen. Existe entonces una responsabilidad de brindar el mejor tratamiento posible, ya que de lo contrario, se podría tener un resultado inferior al idóneo y así perjudicar la salud de la infancia e incluso poner en peligro su vida.

Motivación.

156. Se logró acreditar por esta CDHCM, que el 21 de noviembre de 2015, la **víctima directa 2** fue encontrada por personal de enfermería del HMPX,
suceso que fue atendido por una médica interna de pregrado, quien realizó los procedimientos de
sin que exista un registro de que se realizó con la supervisión de personal médico adscrito, aun cuando era la atención necesaria, ésta no cumplió con el requisito de calidad y disponibilidad del derecho al nivel más alto de salud en su perjuicio.

157. Por otro lado, la falta de documentación en las notas médicas de la atención que se le pudo o no brindar con motivo de ese episodio, así como respecto del periodo en que la **Niña víctima directa 2** permaneció en ese estado, incidió en que

¹⁸⁰ Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General No. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/CG/15. Párr. 33 y 34.

¹⁸¹ Ídem. Párr. 52 y 53.

¹⁸² Ídem. Párr. 20.

¹⁸³ Ídem. Párr. 71 y 72.

no se considerara con mayor persistencia por parte del personal médico, la realización de una valoración neurológica y un ultrasonido transfontanelar de la **Niña víctima directa 2**, lo cual era indispensable para prever posibles secuelas en la salud y desarrollo de la **Niña víctima directa 2**.

158. Asimismo, debido a su condición de salud, la **Niña víctima directa 2** tuvo , por alrededor de sesenta días, lo cual pudo ocasionarle dolores intensos, pues constantemente la .
Adicionalmente se acreditó que, en ese momento, el HMPX no contaba con los insumos necesarios para la realización del ultrasonido transfontanelar indispensable en un hospital especializado, por lo que no era posible hablar del cumplimiento del componente de disponibilidad y calidad del derecho a la salud de la **Niña víctima directa 2**.¹⁸⁴

159. Al respecto, el personal médico del HMPX debió, bajo el principio de interés superior de las niñas, niños y adolescentes, documentar el evento suscitado el 21 de noviembre de 2015 y realizar todas las actuaciones necesarias para que se le practicaran a la **Niña víctima directa 2**, los estudios pertinentes que permitieran descartar secuelas, quien ya presentaba complicaciones médicas derivadas de su de igual modo, al tratarse de un hospital especializado, debió contar con los bienes, servicios y personal capacitado suficiente para brindar la atención médica que la paciente requería, pese a la condición de riesgo que presentaba.¹⁸⁵ En el mismo sentido, al momento de dar el alta respectiva, el personal médico debió informar los diversos padecimientos que tenía y que fueron identificados posteriormente, por cuya razón no estuvo en posibilidad de considerar las implicaciones que éstos podrían tener aun en su desarrollo posterior y progresivo en caso de no ser atendidos.

160. De esta manera, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, específicamente el HMPX, incumplió con su obligación de respetar y garantizar el derecho de la **Niña víctima directa 2**, en su calidad de niña recién nacida y lactante posteriormente, a recibir atención médica que cumpliera con los requisitos de calidad, disponibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad, considerando para ello el principio de interés superior de las niñas, niños y adolescentes.

VI.4. Derecho a la integridad personal

161. El derecho a la integridad personal encuentra sustento en la dignidad humana¹⁸⁶. Uno de los componentes fundamentales que determinan el alcance del

¹⁸⁴ Ver Anexo, evidencias 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17 y 21.

¹⁸⁵ Ver Anexo, evidencia 16.

¹⁸⁶ En este sentido ver, ONU, Comité de Derechos Humanos, Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Observación General N° 20, documento HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), 1992, párrafo 2.

derecho a la integridad personal, es la prohibición¹⁸⁷ absoluta¹⁸⁸ de infligir a las personas tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Así, dicha prohibición se refiere no solamente a los actos que causan a la víctima dolor físico, **sino también a los que causan sufrimiento psíquico y moral**¹⁸⁹.

162. Según lo ha precisado el Comité contra la Tortura (CCT), los Estados Parte deben prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad, por ejemplo, en las cárceles, **los hospitales**, las escuelas, las instituciones que atienden a niños, personas de avanzada edad, o personas con discapacidades, así como durante el servicio militar y en otras instituciones y situaciones en que la pasividad del Estado propicia y aumenta el riesgo de daños causados por particulares¹⁹⁰.

¹⁸⁷ Dicha prohibición se encuentra consagrada en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 5) y en los dos principales tratados internacionales sobre derechos humanos vinculantes para México: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, artículo 7) y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, artículo 5.2). México también es Parte en la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de la ONU (CAT por sus siglas en inglés) y en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST).

¹⁸⁸ Es muy importante señalar que, como lo ha reconocido expresamente la Corte IDH, tanto la prohibición de torturar como la de infligir tratos o penas crueles inhumanos y degradantes (malos tratos) son consideradas en la actualidad como normas de *ius cogens*. La Corte IDH estableció que dichas prohibiciones subsisten aun en las circunstancias más difíciles, tales como guerra, amenaza de guerra, lucha contra el terrorismo y cualesquiera otros delitos, estado de sitio o de emergencia, conmoción o conflicto interno, suspensión de garantías constitucionales, inestabilidad política interna u otras emergencias o calamidades públicas. Ver, *inter alia*, Corte IDH, Caso Goiburú y otros vs. Paraguay, sentencia de 22 de septiembre de 2006, párrs. 93 y 128; caso *Caesar vs. Trinidad y Tobago*, sentencia del 11 de marzo de 2005, párrs. 59 y 100; caso *Cantoral Benavides vs. Perú*, sentencia del 18 de agosto de 2000, párr. 95; caso *del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú*, sentencia del 25 de noviembre de 2006, párrs. 271; caso *Baldeón García vs. Perú*, sentencia del 6 de abril de 2006, párr. 117; caso *García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú*, sentencia del 25 de noviembre de 2005, párr. 222. En el mismo sentido ver Corte Europea de Derechos Humanos (Corte EDH), caso *Labita vs. Italia*, sentencia del 6 de abril de 2000, párrafo 119; caso *Selmouni vs. Francia*, sentencia de 28 de julio de 1999, párr. 95; caso *Chahal vs. Reino Unido*, sentencia del 15 de noviembre de 1996, párrs. 79 y 80; y caso *Tomasl vs. Francia*, sentencia del 27 de agosto de 1992, párrafo 115. Ver también Tribunal Penal Internacional para la ExYugoslavia (ICTY), caso *del Fiscal vs. Anto Furundzija*, sentencia del 10 de diciembre de 1998, párrs. 139 y 153, en *Genocide, War Crimes and Crimes Against Humanity. A Topical Digest of the Case Law of the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia*, Nueva York, HRW, 2006, página 78. Ver también ONU, CCT, *Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes*, Observación General N° 2, 2007, párr. 1.

¹⁸⁹ Siendo extensiva incluso a los castigos corporales impuestos por la comisión de un delito o como medida educativa o disciplinaria. Ver, ONU, HRC, *Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Observación General N° 20, documento HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), 1992, párr. 5.

¹⁹⁰ ONU, CCT, Observación General N° 2, op. Cit., párr. 15.

Tratos inhumanos contra las víctimas

163. En la determinación que se realiza respecto a si una conducta o una situación, son constitutivas de malos tratos (tratos crueles¹⁹¹, inhumanos¹⁹² o degradantes¹⁹³), es importante analizar la intensidad del sufrimiento considerando todas las circunstancias, incluyendo la duración del trato, las secuelas físicas y psicológicas¹⁹⁴ y el sexo, edad y **estado de salud de la víctima**¹⁹⁵, entre otros factores¹⁹⁶.

164. Al respecto, esta comisión considera que las autoridades de la SEDESA tienen una especial condición de garante frente a las mujeres que se encuentran en proceso de parto y puerperio y sus hijas e hijos recién nacidas y nacidos, de modo que en este contexto se produce una relación e interacción especial de dependencia entre ellas y las autoridades, caracterizada por la particular intensidad con que los servidores públicos del sistema de salud pueden disponer de los derechos de las mujeres, sus cuerpos e incluso su vida. De manera que las lesiones, sufrimientos, daños a la salud o perjuicios sufridos por una mujer mientras se encuentra en el parto o puerperio pueden llegar a constituir una forma de trato inhumano cuando, debido a las circunstancias exista un deterioro de su salud y/o integridad física, psíquica y moral que no es consecuencia esperada o aceptable de la intervención médica. Asimismo, en criterio de esta Comisión, en aquellos casos en donde una mujer alegue haber tenido un detrimento o deterioro de su salud e integridad física, psíquica y/o moral, corresponde a la autoridad de que se trate, ofrecer una

¹⁹¹ Así, en *Caesar*, la Corte IDH citó a la Sala de Primera Instancia del Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia en *Colibici*, definiendo el trato cruel como *“toda acción u omisión intencional, deliberada y no accidental, que cause serios sufrimientos físicos o mentales o daños o que constituya un grave ataque contra la dignidad humana”*. Corte IDH, caso *Caesar*, *op cit.*, párrafo 68.

¹⁹² Los tratos inhumanos se encuentran relacionados, entre otros, con contextos o situaciones en los que se afecta la dignidad de las víctimas y se les deshumaniza. El Comité de Derechos Humanos ha establecido la existencia de tratos inhumanos cuando las víctimas, entre otros sufrimientos, **no reciben cuidados médico adecuados**. Ver, ONU, HRC, caso *Deidrick vs. Jamaica*, Comunicación 819/95. El mismo Comité en otra ocasión consideró que constituía un trato inhumano no notificar a los padres de una persona sobre su ejecución, aunado a la falta de información sobre el lugar donde fue enterrado su hijo. Ver, ONU, HRC, caso *Saimijon y Malokhat Bazarov vs. Uzbequistán*, Comunicación 959/2000, párrafo 8.5.

¹⁹³ Con respecto al trato degradante, en *Loayza Tamayo* la Corte estableció que *«el carácter degradante se expresa en un sentimiento de miedo, ansia e inferioridad con el fin de humillar, degradar y de romper la resistencia física y moral de la víctima»*. Ver, Corte IDH, caso *Loayza Tamayo vs. Perú*, sentencia del 27 de noviembre de 1998, párr. 57. En idéntico sentido ver, CIDH, caso *Luis Lizardo Cabrera vs. República Dominicana*, Caso 10.832, Informe No. 35/96, 19 de febrero de 1998, párr. 77. Según el HRC el trato degradante tiene que ver con el sometimiento de la víctima a tratos especialmente humillantes, entendiéndose que *“la humillación debe exceder determinado nivel y en todo caso, entrañar otros elementos que vayan más allá del simple hecho de ser privado de la libertad”*. Ver, ONU, HRC, caso *Vuolanne vs. Finlandia*, Comunicación 265/87, párr. 9.2.

¹⁹⁴ Ver, HRC, caso *Besongo Kibaya vs. República Democrática del Congo*, Comunicación N° 1483/2006, Dictamen aprobado el 30 de julio de 2009, párrafo 2.1. En este sentido, debe dejarse asentado que *“la violencia sexual contra la mujer tiene consecuencias físicas, emocionales y psicológicas devastadoras para ellas”*. Ver, Corte IDH, caso *del Penal Miguel Castro Castro*, *op. cit.*, párr. 313.

¹⁹⁵ ONU, HRC, caso *Vuolanne vs. Finlandia*, Comunicación 265/87, párrafo 9.2.

¹⁹⁶ Corte IDH, Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú, Sentencia de 8 de julio de 2004, Serie C No. 110, párr. 113.

explicación clara, motivada, detallada y convincente de las razones por las cuales dicho daño no le es, en su caso, imputable.

165. También debe tenerse en cuenta que, tal como lo ha señalado el Comité contra la Tortura de la ONU:

La condición femenina se combina con otras características o condiciones distintivas de la persona, como la raza, la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, la edad o la situación de extranjería, para determinar las formas en que las mujeres y las niñas sufren o corren el riesgo de sufrir torturas o malos tratos, y sus consecuencias. Las situaciones en que la mujer corre riesgo incluyen la privación de libertad, **el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción**, y los actos de violencia cometidos por sujetos privados en comunidades y hogares.¹⁹⁷

166. Asimismo, es criterio de esta Comisión que el mantener durante el parto a una mujer sin comunicación con su familia, además de ser una violación del estándar de parto humanizado y de constituir una forma de violencia obstétrica, puede producir en la mujer de que se trate, sufrimientos y perturbaciones serias y, en todo caso, la coloca en una situación de particular vulnerabilidad y acrecienta el riesgo de agresión y arbitrariedad.

167. La CIDH, refiriéndose a las inspecciones vaginales realizadas a las mujeres que visitan a sus familiares presos, ha señalado que *"cuando el Estado realiza cualquier tipo de intervención física en un individuo, debe observar ciertas condiciones para asegurar que no produzca más angustia y humillación que lo inevitable"*¹⁹⁸.

168. Por otro lado, en relación con las afectaciones que pueden sufrir las familiares, la Corte IDH ha señalado que *"los familiares de las víctimas de violaciones a derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas [...] con motivo del sufrimiento adicional que estos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos"*¹⁹⁹.

¹⁹⁷ ONU, CCT, Observación General N° 2, *op. Cit.*, párr. 21.

¹⁹⁸ CIDH, caso X y Y vs. Argentina, caso No. 10.506, Informe N° 38/96, párrafo 87.

¹⁹⁹ Corte IDH, Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz vs. Perú, Sentencia del 10 de julio de 2007, Serie C No. 167, párr. 113; Corte IDH, Caso de la Masacre de La Rochela vs. Colombia, Sentencia del 11 de mayo de 2007, Serie C No. 163, párr. 137; Corte IDH, Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú, Sentencia de 25 de noviembre de 2006, Serie C No. 160, párr. 335; Corte IDH, Caso Vargas Areco vs. Paraguay, Sentencia del 26 de septiembre de 2006, Serie C No. 155, párr. 96; Corte IDH, Caso Beldeón García vs. Perú, Sentencia del 8 de abril de 2006, Serie C No. 147, párr. 128; Corte IDH, Caso López Álvarez vs. Honduras, Sentencia del 1 de febrero de 2006, Serie C No. 141, párr. 119; Corte IDH, Caso Gómez Palomino vs. Perú, Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Serie C No. 136, párr. 60; Corte IDH, Caso de la "Masacre de Mapiripán" vs. Colombia, Sentencia de 15 de septiembre de 2005, Serie C No. 134, párrs. 144 y 146; Corte IDH, Caso Golburú y otros vs. Paraguay, Sentencia de 22 de septiembre de 2006, Serie C No. 153, párr. 96; Corte IDH, Caso Kawas Fernández vs. Honduras, Sentencia del 3 de abril de 2009, Serie C No. 196, párr. 128; Corte IDH, Caso Anzualdo Castro vs. Perú, Sentencia del 22 de septiembre de 2009, Serie C No. 202, párr. 105; Corte IDH, Caso Radilla Pacheco vs. México, Sentencia del 23 de noviembre de 2009, Serie C No. 209, párr. 161; Corte IDH, Caso Fernández

169. Así, la Corte IDH ha establecido una presunción *iuris tantum*²⁰⁰ sobre la afectación de la integridad personal (psíquica y moral principalmente) de los familiares directos de las víctimas, como madres y padres, de manera que, respecto de los familiares directos, corresponde al Estado desvirtuar dicha presunción²⁰¹.

170. En todo caso, siguiendo la jurisprudencia de la Corte IDH, los familiares directos pueden vivir un sufrimiento y angustia que llegue a ser calificado como trato inhumano²⁰² u otro tipo de malos tratos.

171. En general, algunos elementos que se deben considerar para determinar la violación de la integridad personal²⁰³ de los familiares de las víctimas son:

- 1) la existencia de un estrecho vínculo familiar;
- 2) las circunstancias particulares de la relación con la víctima;
- 3) la forma en que el familiar se involucró en la búsqueda de justicia;
- 4) la respuesta ofrecida por el Estado a las gestiones realizadas²⁰⁴;
- 5) la permanente incertidumbre en la que se vieron envueltos los familiares de la víctima.

172. En ese sentido, debe tomarse en consideración que son consideradas víctimas, aquellas "personas físicas [...] que directa o indirectamente han sufrido

Ortega y otros vs. México, Sentencia del 30 de agosto de 2010, Serie C No. 215, párr. 143; Corte IDH, *Caso Blake vs. Guatemala*, Sentencia de 24 de enero de 1998, Serie C No. 36, párr. 114; Corte IDH, *Caso Chitay Nech y otros vs. Guatemala*, Sentencia del 25 de mayo de 2010, Serie C No. 212, párr. 220; Corte IDH, *Caso Servellón García vs. Honduras*, Sentencia del 21 de septiembre de 2006, Serie C No. 152, párr. 128; Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia del 4 de julio de 2006, Serie C No. 149, párr. 156; Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, Sentencia del 22 de noviembre de 2007, Serie C No. 171, párr. 47; Corte IDH, *Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala*, Sentencia del 22 de febrero de 2002, Serie C No. 91, párr. 163; y Corte IDH, *Caso Bueno Alves Vs. Argentina*, Sentencia de 11 de mayo de 2007, Serie C No. 164, párr. 102.

²⁰⁰ Sin embargo, no se presume la violación a la integridad personal de familiares en todo tipo de casos, ni respecto de todos los familiares. Ver, Corte IDH, *Caso Fernández Ortega y otros vs. México*, Sentencia del 30 de agosto de 2010, Serie C No. 215, párr. 151.

²⁰¹ Corte IDH, *Caso Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña vs. Bolivia*, Sentencia del 1 de septiembre de 2010, Serie C No. 217, párr. 82; Corte IDH, *Caso Valle Jaramillo y otros vs. Colombia*, Sentencia del 27 de noviembre de 2008, Serie C No. 192, párr. 119; Corte IDH, *Caso Kawas Fernández vs. Honduras*, Sentencia del 3 de abril de 2009, Serie C No. 196, párr. 128; Corte IDH, *Caso Radilla Pacheco vs. México*, Sentencia del 23 de noviembre de 2009, Serie C No. 209, párr. 162.

²⁰² Corte IDH, *Caso 19 Comerciantes vs. Colombia*, Sentencia del 5 de julio de 2004, Serie C No. 109, párrs. 215-217; Corte IDH, *Caso Juan Humberto Sánchez vs. Honduras*, Sentencia del 7 de junio de 2003, Serie C No. 99, párrs. 101-102; Corte IDH, *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú*, Sentencia de 8 de julio de 2004, Serie C No. 110, párr. 118.

²⁰³ Corte IDH, *Caso Helicodoro Portugal vs. Panamá*, Sentencia del 12 de agosto de 2008, Serie C No. 186, párr. 163; Corte IDH, *Caso Ezcué Zapata vs. Colombia*, Sentencia de 4 de julio de 2007, Serie C No. 185, párr. 77; Corte IDH, *Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala*, Sentencia del 22 de febrero de 2002, Serie C No. 91, párr. 163; Corte IDH, *Caso Bueno Alves Vs. Argentina*, Sentencia de 11 de mayo de 2007, Serie C No. 164, párr. 102; y Corte IDH, *Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú*, Sentencia de 25 de noviembre de 2006, Serie C No. 160, párr. 335.

²⁰⁴ Corte IDH, *Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala*, Sentencia del 22 de febrero de 2002, Serie C No. 91, párr. 163; Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, Sentencia del 22 de noviembre de 2007, Serie C No. 171, párr. 46, y Corte IDH, *Caso Cantoral Huamant y García Santa Cruz vs. Perú*, Sentencia del 10 de julio de 2007, Serie C No. 167, párr. 112.

daño o el menoscabo de sus derechos producto de un hecho victimizante²⁰⁵. En específico, son víctimas indirectas, los familiares o aquellas personas físicas dependientes de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella²⁰⁶. Al respecto, el Poder Judicial de la Federación ha interpretado que se reconoce como víctima indirecta a toda persona que haya sufrido un perjuicio como consecuencia de la violación a derechos humanos de la víctima directa; "entre los que se encuentran, enunciativamente, los familiares en primer grado, ya sea por consanguinidad o afinidad, como los padres, esposo o esposa, parejas permanentes, y/o hijos e hijas, incluso, los hermanos o hermanas, abuelos o abuelas, tíos, sobrinos, nietos, cuñados, etcétera"²⁰⁷.

173. La falta de investigación adecuada puede ser una forma de causar sufrimiento a las familias y en casos en donde las autoridades públicas mienten a los familiares, por ejemplo, para simular que la muerte se ha producido por causas naturales, se configura una violación de la integridad personal de los familiares²⁰⁸; en estos casos el Comité de Derechos Humanos de la ONU ha señalado la existencia de una victimización indirecta²⁰⁹.

174. El sufrimiento mental puede ser considerado como un trato inhumano, en casos en los que los familiares de las víctimas no obtengan información sobre el lugar donde son enterrados los restos de las víctimas²¹⁰.

Motivación.

175. Esta Comisión tiene por plenamente acreditado que, en el presente caso, la víctima directa 1 ha sido sometida a un *trato inhumano* derivado tanto de las acciones como de las omisiones que ya fueron plenamente establecidas en el primer párrafo, del apartado de incumplimiento de la obligación de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a una vida libre de violencia durante el puerperio, en esta Recomendación, así como de las afectaciones psicoemocionales que esto le ha producido²¹¹.

176. Elizabeth recibió diversos comentarios tales como que "por su bebé ya no se podría hacer nada" y regaños del personal médico tanto para que dejara de pujar y posteriormente para que lo hiciera, responsabilizándola de la situación, lo cual le provocó llanto y temor; de esta manera, el personal médico también desacreditó su conocimiento al cuestionar las semanas de su embarazo; lo anterior, tuvo como consecuencia que Elizabeth temiera por su vida y la de la Niña víctima directa 2,

²⁰⁵ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, Artículo 3, fracción XXXVIII.

²⁰⁶ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, Artículo 3, fracción XL.

²⁰⁷ Tribunales Colegiados de Circuito, Desaparición forzada de personas. Víctimas directa e indirecta de este delito. Décima época, Tesis: I.9o P.177 P (10a), enero de 2018, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación.

²⁰⁸ ONU, HRC, caso *Sankara y otros vs. Burkina Faso*, Comunicación, 1159/03, párr. 12.2.

²⁰⁹ En este sentido ver, ONU, HRC, *Caso Aizan Amirova y Abubakar Amirov vs. Rusia*, Comunicación No. 1447/2006, párr. 11.7.

²¹⁰ ONU, HRC, *Caso Schedko vs. Belarus*, Comunicación 886/99, párr. 10.2; *Caso Shukarova vs. Tajikistan*, Comunicación 1044/02, párr. 8.7; y ONU, HRC, *Caso Saimijon y Malokhat Bazarov vs. Uzbekistán*, Comunicación 959/2000, párr. 8.5.

²¹¹ Véase el párrafo 162.

se acentuó la relación de poder del personal médico respecto de la paciente, rompiendo toda comunicación activa con ella y generando una constante incertidumbre. Por lo que se advierte que, **Elizabeth** fue sometida por lo menos a doce actos constitutivos de violencia obstétrica y diversas omisiones imputables al personal médico del HMPX.²¹²

177. Adicionalmente, a partir del nacimiento de la **Niña víctima directa 2**, hasta su alta médica del HMPX, **Elizabeth** continuó recibiendo malos tratos y comentarios del personal médico, tales como "¿si sabe lo que significaba grave?", "grave quiere decir que su hija está en peligro de muerte", los cuales constantemente la confrontaba con la gravedad de la **Niña víctima directa 2**, además, no se le brindaba información clara y suficiente respecto del estado de salud de su hija recién nacida, a quien pudo ver únicamente unos segundos al momento de su nacimiento y pocas veces durante su permanencia hospitalaria y una vez que en ejercicio de sus derechos solicitó una mejor atención médica para su hija, el personal del HMPX la catalogó como "revoltosa" y "mal agradecida" Todo ello lastimó la dignidad de **Elizabeth** y es considerado un acto deshumanizado.²¹³

178. Personal médico del HMPX incurrió en diversas conductas que propiciaron desconfianza, temor e incertidumbre en **Elizabeth** y **Manuel**, tales como: se les daba información poco clara respecto del estado de salud de su hija recién nacida; no se les explicaban las razones por las cuales se aplazaba la realización de procedimientos médicos programados; cuando se les señalaba que algún procedimiento era urgente, el personal médico terminaba aplazándolo sin explicar los motivos; se limitaban a señalar al momento de los informes médicos que la **Niña víctima directa 2** se encontraba grave y mostraban molestia si los familiares externaban algún cuestionamiento o duda; no se les entregaba o informaba respecto de los resultados de algunos cultivos que tuvieron que realizarle a la víctima directa 2; y se practicaban algunos procedimientos médicos (como la colocación de un catéter en la yugular) sin informar previamente a los familiares responsables.²¹⁴

179. Finalmente es importante mencionar que las diversas violaciones a los derechos humanos de las **víctimas directas 1 y Niña víctima directa 2** que esta Comisión tiene acreditadas con motivo del presente instrumento y que fueron señaladas en los párrafos anteriores, de manera indirecta ocasionaron afectaciones en las **víctimas indirectas 1²¹⁵ y Mujer víctima indirecta 2²¹⁶** en diversas esferas de su vida.

²¹² Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 18, 21 y 22.

²¹³ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 18, 21 y 22.

²¹⁴ Ver Anexo, evidencias 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 y 21.

²¹⁵ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 21, 22 y 23.

²¹⁶ Ver Anexo, evidencias 9, 13, 17, 21, 21 y 24.

VII. Posicionamiento de la Comisión sobre la violación de derechos humanos

180. Esta Comisión advierte que la violencia obstétrica es un flagelo y una forma de violencia que debe ser erradicada para la materialización de la igualdad y el efectivo ejercicio de los derechos de las mujeres. Las prácticas culturales patriarcales que se producen y reproducen a nivel institucional, continúan generando relaciones asimétricas, en las que las mujeres que están por parir son invisibilizadas y descalificadas.

181. Es causa de preocupación de esta Comisión que, en el presente caso, la falta de material, infraestructura médica y/o de personal, haya contribuido a generar un ambiente inadecuado para la atención del parto de Elizabeth. Además, son inaceptables los constantes regaños y descalificaciones que recibió, no solo durante el parto, sino el condicionamiento de respuestas cada ocasión que preguntaba por la salud de su hija.

182. Este organismo reconoce la importante labor que ha realizado la SEDESA en materia de capacitación 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, en especial el que se realizó con motivo del cumplimiento de uno de los puntos de la Recomendación 3/2015, con la colaboración de la Dirección Ejecutiva de Educación por los Derechos Humanos de esta Comisión. Pero casos como este, nos recuerdan que la capacitación debe ser constante y que, desde una visión de derechos, debemos impulsar el cambio en el trato, lenguaje y mecanismos para centrar la atención de los esfuerzos en las mujeres que atraviesan por procesos de parto y no en los procedimientos practicados para tal efecto.

183. Esta Comisión conmina a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para realizar un mayor esfuerzo para identificar y erradicar las prácticas médicas que atentan contra los derechos de las mujeres, en especial el derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

184. De conformidad con lo expuesto 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 existe la obligación reforzada del Estado de garantizar que estos procesos se vivan en un ambiente de total dignidad y libertad.

185. 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 el 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 la nula perspectiva de género. Como común denominador, 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: por un lado, 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, por el otro, la violencia de género y discriminación de la mujer con base en estereotipos de género que aún permean en la sociedad y las instituciones.

186. Por lo anterior, tal como ya se ha manifestado en recomendaciones anteriores emitidas por este organismo local, es necesaria la implementación de una política pública integral que garantice la no repetición de las violaciones a los derechos de las mujeres embarazadas, a fin de que se provea a la Secretaría 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 interseccional, que no ponga en riesgo la salud y la vida de las mujeres y de sus hijas e hijos en general.

VIII. Obligación de reparar a las víctimas de violaciones de derechos humanos

187. El derecho de las víctimas de violaciones de derechos humanos a ser destinatarias de reparación encuentra sustento en la obligación que asumen los Estados de respetar, asegurar que se respeten y aplicar las normas internacionales de derechos humanos cuando ratifican los principales instrumentos universales y regionales en la materia²¹⁷.

188. En ese sentido, en un Estado democrático de Derecho, todas las personas deben tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozarán de la posibilidad de reclamar que el responsable de esa afectación asuma sus consecuencias. Asimismo, el Estado, como garante de esos derechos, deberá asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a una persona.

189. En el ámbito internacional, el deber de reparar a cargo del Estado ante violaciones a derechos humanos está previsto, entre otros instrumentos, en los *"Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones"* que, en su apartado IX, párrafo 15, establecen:

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

²¹⁷ Gómez Isa, Felipe, "El derecho de las víctimas a la reparación por violaciones graves y sistemáticas de los derechos humanos", en *El Otro Derecho*, No. 37 (2007). Bogotá: ILSA, 2007.

*las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario...*²¹⁸

190. Por lo que hace al sistema regional, la CADH establece esta obligación en su artículo 63.1, que señala que se garantizará a la persona lesionada en el goce de su derecho conculcado y se repararán las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos.

Al respecto, la Corte IDH ha establecido que la obligación de reparar...

*Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.*²¹⁹

191. En cuanto al alcance y contenido de las reparaciones, la Corte IDH ha precisado que éstas *"consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]"*²²⁰ ya que *"la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (restitutio in integrum, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras)"*.²²¹

192. De tal manera que la Corte IDH ha desarrollado un amplio catálogo de medidas, vinculadas con un concepto integral de reparación del daño²²²:

Los modos específicos de reparar varían según la lesión producida: podrá consistir en la restitutio in integrum de los derechos afectados, en un tratamiento médico para recuperar la salud física de la persona lesionada, en la obligación del Estado de anular ciertas medidas administrativas, en la devolución de la honra o la dignidad que fueron

²¹⁸ 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. Principio IX, párr. 15. Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 2005.

²¹⁹ Corte IDH, Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C, No. 144, párr. 295.

²²⁰ Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, Sentencia 17 de junio de 2005, Serie C, No. 125, párr. 193.

²²¹ Corte IDH, Caso Loayza Tamayo vs. Perú, Reparaciones, Sentencia del 27 de noviembre de 1998, Serie C, No. 42, párr. 85.

²²² Nash Rojas, Claudio, *Las Reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (1988-2007)*, Universidad de Chile, Segunda Edición, Chile, 2009, p. 39.



*ilegitimamente quitadas, en el pago de una indemnización, etc (...). La reparación puede tener también el carácter de medidas tendientes a evitar la repetición de los hechos lesivos*²²³.

193. A nivel nacional, el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala, entre otras cuestiones, la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, por lo que, en consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

194. En términos de lo dispuesto en dicho artículo constitucional, la Ley General de Víctimas, establece que las personas víctimas gozan de -entre otros- el derecho a ser reparadas de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva, por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron²²⁴.

195. En ese sentido, la Ley General prevé que una reparación integral puede comprender medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica; asimismo, que cada una de esas medidas será implementada a favor de la víctima, teniendo en cuenta la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante²²⁵.

196. A nivel local, el derecho a la reparación integral por violaciones a derechos humanos, se encuentra establecido en la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM)²²⁶ que, entre otras cuestiones, dispone que las autoridades adoptarán las medidas necesarias para la atención integral de las víctimas, en los términos de la legislación aplicable. Particularmente, en el apartado C del artículo 5 y el apartado J del artículo 11 de la CPCM, se protege el derecho a la reparación integral por violaciones a derechos humanos, los derechos de las víctimas y los derechos a la memoria, a la verdad y a la justicia.

197. La Ley de Víctimas para la Ciudad de México, por su parte, establece en sus artículos 56 al 77, las medidas de reparación integral del daño en cinco dimensiones, que pueden ser, dependiendo de cada caso, restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y prevención para la no repetición.

VIII.I Inscripción en el Registro de víctimas y plan de reparación integral.

²²³ Corte IDH, Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 91, párr. 41.

²²⁴ Ley General de Víctimas, art. 7, fracción II.

²²⁵ Ley General de Víctimas, art. 1, cuarto párrafo.

²²⁶ Constitución Política de la Ciudad México, artículo 5, apartado C, y artículo 11, apartado J.

198. Para que las víctimas puedan acceder a la reparación integral, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Víctimas local, se requiere el reconocimiento de tal calidad, por parte de la Comisión Ejecutiva de Atención Víctimas de la Ciudad de México (CEAVI), para cuyo efecto, según lo dispuesto en el artículo 4 de la referida Ley, dicha instancia tomará en consideración la determinación que se realiza a través de la presente Recomendación.

199. Asimismo, es necesaria la inscripción de las víctimas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México. Para ello, la CEAVI debe reunir y valorar la información de cada caso, incluyendo las circunstancias de modo, tiempo y lugar que generaron el hecho victimizante y, por lo tanto, podrá solicitar la información que considere necesaria a cualquiera de las autoridades de la Ciudad de México, las que se encontrarán en el deber de suministrarla.

200. Esta Comisión remitirá la presente Recomendación a la CEAVI para que se considere la inscripción de las personas víctimas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México; todo ello en términos de lo dispuesto en los artículos 148 y 149 de la Ley de Víctimas, así como 71 y 77 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

201. En consecuencia, la CEAVI deberá emitir un plan de reparación integral para las víctimas que hayan obtenido su registro, el cual deberá ser ejecutado por la autoridad responsable, con cargo a su presupuesto. Dicho plan se establecerá de acuerdo con los parámetros contenidos en los conceptos de daño material o daño emergente y daño inmaterial y podrá tomar en cuenta lo establecido en la presente recomendación, así como los resultados del seguimiento a su cumplimiento.

202. En la presente Recomendación, se consideran acreditadas las violaciones a los derechos humanos a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, al disfrute del nivel más alto posible de salud reproductiva, la integridad personal y al disfrute del nivel más alto posible de salud de las niñas, niños y adolescentes, por lo que, a partir de los hechos victimizantes, la reparación integral del daño deberá considerar las afectaciones a las víctimas directas 1 y 2, así como a las víctimas indirectas 1 y 2, de conformidad con los daños causados, su situación específica y sus características (como edad, género, situación económica y pertenencia a un grupo de atención prioritaria), así como las consecuencias emocionales de las mismas.

203. En virtud de lo anterior, de conformidad con la legislación en la materia, una vez que la CEAVI emita sus determinaciones respecto del registro de víctimas y emita los planes integrales de reparación que correspondan, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México deberá ejecutar todas las medidas de dicho plan, con base en las violaciones acreditadas.

IX. RECOMENDACIÓN

A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

A. PLAN DE REPARACIÓN INTEGRAL.

De conformidad con los más altos estándares internacionales, así como con lo establecido por la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, y tomando como referencia el Apartado VIII. *Obligación de reparar a las víctimas de violaciones a derechos humanos* de la presente Recomendación, la autoridad recomendada adoptará las siguientes medidas:

PRIMERO. Realizará las acciones necesarias dentro de su competencia, para coadyuvar en la inscripción de las víctimas directas 1 y 2, así como de las víctimas indirectas 1 y 2, al Registro de Víctimas de la Ciudad de México. Una vez que la CEAVI genere los Planes de Reparación Integral correspondientes, en un plazo no mayor a los 180 días naturales posteriores, ejecutará todas las medidas contenidas en los mismos, bajo los principios de máxima protección, debida diligencia y no victimización secundaria.

B. SATISFACCIÓN

Atendiendo a los términos establecidos en el Apartado VIII *Obligación de reparar a las víctimas de violaciones a derechos humanos de la presente Recomendación*, la autoridad adoptará la siguiente medida de satisfacción, misma que deberá desarrollarse con base en criterios que consideren de manera transversal un enfoque de derechos humanos, un enfoque de progresividad y una perspectiva de género:

SEGUNDO. En un plazo que inicie a los 60 días naturales y que culmine a los 365 días naturales, después de aceptar la Recomendación, presentará un plan de acción para la prevención de la violencia obstétrica en los Hospitales Pediátricos y Materno Infantiles de la Red de Hospitales de la Ciudad de México. Dicho plan de acción deberá contemplar estrategias, con enfoque de progresividad para mejorar los servicios de salud reproductiva y la atención del parto; tratamientos respetuosos, dignos y basados en los derechos humanos; así como la dotación de equipamiento, insumos y personal para la atención oportuna de riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo.

Al tratarse de una medida de satisfacción, dicha presentación deberá ser realizada en presencia de las víctimas y deberá ser pronunciada por persona servidora pública con nivel no inferior a Subsecretario.

C. GARANTÍAS DE NO REPETICIÓN

De conformidad con los más altos estándares internacionales, así como con lo establecido por la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, y tomando como referencia el Apartado VIII. *Obligación de reparar a las*

victimias de violaciones a derechos humanos de la presente Recomendación, la autoridad recomendada adoptará las siguientes medidas:

TERCERO. En un plazo no mayor a 365 días naturales después de aceptar la Recomendación, deberá elaborar e implementar un mecanismo para fortalecer la atención del embarazo conforme a la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida (NOM-007-SSA-2016), con el objeto de contar con una valoración y diagnóstico adecuado por parte del personal de salud.

Así lo determina y firma,

**LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO**



NASHIELI RAMÍREZ HERNÁNDEZ

C.C.P. DRA. CLAUDIA SHEIBALIM PARDO, JEFA DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. ERNESTO ALARCÓN JIMÉNEZ, PRESIDENTE DE LA JUNTA DE COORDINACIÓN POLÍTICA DEL H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. HÉCTOR DÍAZ POLANCO, PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. MARIBEL ZÚÑIGA GERÓN, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA SU CONOCIMIENTO.
LIC. ALEJANDRA MORALES COLLINS, COMISIONADA INTERINA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA SU CONOCIMIENTO.