

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO



RECOMENDACIÓN 10/2023

Sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica

Expedientes:

CDHDF/III/122/XOCH/17/D3259¹ y otros

Autoridades responsables:

Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.
Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México.

¹ CDHDF/III/121/TLAH/19/D1294, CDHDF/III/122/TLAH/19/D2544, CDHDF/III/121/IZTP/19/D5769, CDHDF/III/122/AO/19/D6161, CDHDF/III/122/VC/20/D0318, CDHDF/III/122/IZTP/20/D0869, CDHCM/III/121/VC/21/D1880 y CDHCM/III/121/TLAH/21/D5516

Víctimas Directas e Indirectas

CASO 1

Expediente: CDHDF/III/121/TLAH/19/D1294

Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)

[Recién Nacida Víctima Directa 2]

Gustavo Lobato Padilla, (Víctima Indirecta 1)

[Niño Víctima Indirecta 2]

CASO 2

Expediente: CDHDF/III/122/TLAH/19/D2544

Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)

[Recién Nacido Víctima Directa 4]

Yair Armando Frías Rivera, (Víctima Indirecta 3)

[Niño Víctima Indirecta 4]

[Niña Víctima Indirecta 5]

CASO 3

Expediente: CDHDF/III/122/VC/20/D0318

Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)

Raymundo Méndez Rosas, (Víctima Indirecta 6)

[Niña Víctima Indirecta 7]

[Adolescente Víctima Indirecta 8]

[Mujer Víctima Indirecta 9]

Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)

CASO 4

Expediente: CDHCM/III/121/VC/21/D1880

Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)

[Recién Nacido Víctima Directa 7]

Alex Osvaldo Orea Ramírez, (Víctima Indirecta 11)

CASO 5

Expediente: CDHDF/III/122/XOCH/17/D3259

Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)

[Recién Nacida Víctima Directa 9]

Lenin Eduardo Tuñón Estrada, (Víctima Indirecta 12)

CASO 6

Expediente: CDHDF/III/121/IZTP/19/D5769

Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

[Niña Víctima Indirecta 13]

[Persona joven con discapacidad, Víctima Indirecta 14]

[Hombre joven Víctima Indirecta 15]

Modesta Reyes Nava, (Mujer Víctima Indirecta 16)

CASO 7

Expediente: CDHDF/III/122/AO/19/D6161

[Mujer Víctima Directa 11]

[Niño Víctima Indirecta 17]

[Mujer Víctima Indirecta 18]

CASO 8

Expediente: CDHDF/III/122/IZTP/20/D0869

Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)

[Recién Nacida Víctima Directa 13]

CASO 9

Expediente: CDHCM/III/121/TLAH/21/D5516

[Mujer Víctima Directa 14]

[Niño Víctima Indirecta 19]

[Niña Víctima Indirecta 20]

[Mujer Víctima Indirecta 21]

[Víctima Indirecta 22]

1. El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal

- 1.1. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.
- 1.2. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las víctimas directas a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- 1.3. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a un parto humanizado.
- 1.4. Derecho de las mujeres a no ser víctima de ningún trato cruel, inhumano y degradante durante el embarazo, el parto y el puerperio.

2. Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva, en relación con el derecho a la integridad personal.

- 2.1. Incumplimiento de la obligación de garantizar que el derecho a la salud reproductiva de las víctimas directas cumpliera con el requisito de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, en relación con el derecho a la integridad personal.

3. Derecho a la vida.

4. El derecho a la protección de la familia y su relación con el derecho a la integridad personal de los familiares de las víctimas directas.

- 4.1 Daño al proyecto de vida en relación con el derecho a la protección de la familia y vivir en familia.
 - 4.1.1 Derecho a fundar una familia.
 - 4.1.2 Derecho a vivir en familia.

5. El derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad

- 5.1. Acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad y la obligación de las y los agentes del Ministerio Público de realizar una investigación seria, imparcial y efectiva y el derecho a la verdad.

Glosario

Enseguida se definen diversos conceptos que serán directa o indirectamente aplicados en el presente instrumento.²

- a) **Amniorrexis.**³ Rotura artificial de las membranas fetales.
- b) **Apgar.**⁴ Examen que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé, indicando qué tan bien toleró el proceso de nacimiento y cómo está evolucionando por fuera del vientre materno.
- c) **Asfixia Neonatorum.**⁵ Presencia al nacimiento de acidosis metabólica con pH menos a 7 en sangre de cordón umbilical, puntaje de Apgar menor o igual de 3 a los 5 minutos y alteraciones neurológicas y/o falla orgánica múltiple.
- d) **Asfixia Perinatal**⁶. Se produce cuando el feto experimenta una falta de oxígeno alrededor de momento del nacimiento.
- e) **Atención de la urgencia obstétrica.** 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 24 horas, todos los días del año.
- f) **Atonía Uterina**⁷. Incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato.
- g) **Balón de Bakri**⁸. Dispositivo de silicón para el control de la hemorragia posparto.

² Varios de los conceptos 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 fundamenten en la NOM-007-SSA2-2016, se hará referencia explícita a su fuente.

³ Walter Ventura y Nelly Lam Figueroa, "¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura", *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 69, núm. 2 (2008), <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n2/a12v69n2.pdf>

⁴ MedlinePlus, "La prueba de Apgar", <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm#:~:text=La%20prueba%20de%20Apgar%20es,beb%C3%A9%20el%20proceso%20de%20nacimiento>

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/632GRR.pdf>

⁶ Amalia Cañadas, "Asfixia perinatal: ¿qué la causa?", *Salud digital Mapfre*, (agosto de 2022), <https://www.saludsvia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/asfixia-perinatal-que-la-causa>

⁷ Mercedes Aparicio Peralta y Verónica Fernández Gómez, "Manejo de la Atonía Uterina", II Congreso Virtual Internacional SEEUE, 2016, <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>

⁸ Mireille A. Villegas Arias, Juan C. Toro Ortiz, Edgar G. Hernández Rodríguez y José A. Fernández Lara, "Balón de Bakri en el control de la hemorragia obstétrica", *Ginecología y Obstetricia de México*, (octubre 2022), <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/balon-de-bakri-en-el-control-de-la-hemorragia-obstetrica-experiencia-de-cinco-anos>

- h) **Bradicardia fetal.**⁹ Disminución de la frecuencia cardiaca fetal por debajo de 120 latidos por minuto y durante más de 15 minutos. Se asocia a dificultades del feto para la adaptación al medio intrauterino o a disminución del bienestar fetal.
- i) **Caput Succedaneum**¹⁰. Lesión del cuero cabelludo que se presenta en recién nacidos, ocasionado por la presión del útero o pared vaginal durante un parto.
- j) **Cardiotocógrafo.**¹¹ Monitor fetal para registrar los valores de la frecuencia cardiaca fetal en una pantalla e imprimirlos sobre papel continuo.
- k) **Certificado de muerte fetal y perinatal.** Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.
- l) **Código Mater.**¹² Es la activación de un mecanismo de llamado al personal del equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.
- m) **Colestasis Intrahepática**¹³. Enfermedad que ocurre en las mujeres durante el embarazo. Es una condición que afecta la liberación de la bilis (un jugo digestivo) a partir de las células del hígado.
- n) **Comité Institucional Local y Hospitalario de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal**¹⁴. Es el responsable del estudio sistematizado de las defunciones que ocurran en una unidad hospitalaria y tiene como función identificar los casos ocurridos en las primeras 24 horas de acaecida la defunción, integrar la documentación respectiva, coordinar el análisis técnico médico de los casos y utilizar los resultados como elementos estadísticos, científicos y técnicos para mejorar la accesibilidad y calidad de la atención obstétrica y perinatal.

⁹ INATAL, "Enciclopedia", <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/18-bradicardia-fetal.html>

¹⁰ Diana Ruiz, "Caput Succedaneum", Revista Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Colombia, vol. 27, núm. 4 (octubre-diciembre 2019), <https://revistasocolderma.org/enfermedades-de-la-piel/enfermedades-por-localizacion/caput-succedaneum>

¹¹ Secretaría de Salud, Guía Tecnológica No. 21: Cardiotocógrafos y Fonodetectores, abril de 2010, http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/biomedica/guias_tecnologicas/21gt_cardiotocografo_fonodetector.pdf

¹² Secretaría de Salud, Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, 2016, http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

¹³ National Center for Advancing Transnational Services, "Colestasis intrahepática del embarazo", <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12972/colestasis-intrahepatica-del-embarazo>

¹⁴ Secretaría de Salud, Manual Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, 2012, <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Comit%C3%A9s-de-Prevenci%C3%B3n-de-Mortalidad-Materna-y-Perinatal.pdf>

- o) **Control Prenatal**¹⁵. Serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza.
- p) **Coma Vigil**.¹⁶ Condición clínica de falta de conciencia de uno mismo y del medio en la cual el paciente respira espontáneamente, tiene función circulatoria estable y ciclos de cierre y apertura de los ojos que simulan el sueño y el estado de alerta.
- q) **Diabetes Gestacional**¹⁷. Se da durante el embarazo, se debe a una hormona fabricada por la placenta evita que su cuerpo use la insulina como debería. A esto se le llama “resistencia a la insulina”.
- r) **Dilatación**.¹⁸ Proceso fisiológico durante el trabajo de parto donde el cuello del útero se expande para la expulsión del producto, se mide en centímetros del 1 al 10, se refiere una dilatación completa cuando se alcanzan los 10 centímetros.
- s) **Enfermedad Hemolítica**¹⁹. Resultado de la destrucción acelerada de los eritrocitos fetales por anticuerpos maternos, estos anticuerpos se producen cuando la sangre Rh positivo del feto se pone en contacto con la sangre Rh negativo de su madre durante el embarazo o el parto, lo que estimula la producción de anticuerpos en la madre contra el antígeno Rh positivo del feto o el recién nacido.
- t) **Episiorrafia**²⁰. Reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto.
- u) **Episiotomía**²¹. Intervención obstétrica frecuente, utilizada en los servicios hospitalarios que se realiza para prevenir desgarros perineales graves.

¹⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>

¹⁶ Intramed, “Estado vegetativo”, <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=67203#:~:text=Las%20gu%C3%ADas%20de%20del%20Colegio,el%20sue%C3%B1o%20y%20el%20estado>

¹⁷ Stanford Medicine Childrens Health, “Diabetes gestacional”, <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=gestationaldiabetes-85-P03456>

¹⁸ INATAL, “Dilatación”, <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/41-dilatacion.html>

¹⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemolítica por Isoinmunización a Rh en el Recién Nacido, 2018, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/373GER.pdf>

²⁰ Carolina Moreira Sarmiento y Adriana Torres Abad, “Guía Didáctica para el taller: “episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”, (2013), https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_episiotomia_episiorrafia_0.pdf

²¹ Marlen Rodríguez Salgado, “Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria”, *Boletín CONAMED*, 2016.

v) **Exanguinotransfusión**²². 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.

w) **Fase activa del trabajo de parto**²³. Durante la fase activa, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura 5 a 7 horas en las nulíparas y 2 a 4 horas en las multíparas.

x) **Fase latente del trabajo de parto**²⁴. Las contracciones se vuelven más fuertes, más regulares y más frecuentes con el tiempo. Hacen que el cuello del útero se expanda (se dilate) y se ablande, además de acortarse y afinarse (borrarse) para permitir que el bebé entre en el canal de parto.

y) **Hemorragia Obstétrica**²⁵. Sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500 ml. de sangre en el momento del parto vaginal o 1,000 ml. durante la cesárea, con la caída de la concentración de hemoglobina > 40g/L y la necesidad de transfundir más de cuatro unidades de concentrados eritrocitarios.

z) **Hiperbilirrubinemia**²⁶. Cuando hay demasiada bilirrubina en la sangre de un bebé.

aa) **Hipomotilidad Fetal**²⁷. Variabilidad de los movimientos fetales, la diferente percepción materna de éstos y la disminución de los mismos que implican la pérdida del bienestar fetal.

bb) **Histerectomía**²⁸. Operación que permite extirpar el útero a través de un corte en la parte inferior del vientre.

²² Instituto Mexicano del Seguro Social, Guías de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal, 2019, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/262GER.pdf>

²³ Manual Merck, "Manejo del parto normal", <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>

²⁴ Mayo Clinic, "Las etapas del trabajo de parto y el parto: ¡llegó el momento de tener al bebé!", <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/stages-of-labor/art-20046545>

²⁵ Juan J. M. Zaragoza-Saavedra, "Hemorragia obstétrica", *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 39 (abril- junio de 2016), <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>

²⁶ Stanford Medicine Childrens Health, "Hiperbilirrubinemia e ictericia", <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hyperbilirubinemiainthenewborn-90-P05484>

²⁷ Berenice Velásquez Torres, José A. Ramírez Calvo, Juan M. Gallardo Gaona, Sandra Acevedo Gallegos y Mario E. Guzmán Huerta, "Resultado perinatal de las pacientes evaluadas por hipomotilidad fetal", *Medigraphic Artemisa en línea*, (2006), <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom065f.pdf>

²⁸ Mayo Clinic, "Histerectomía abdominal", <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559>.

cc) **Incompatibilidad a Rh**²⁹. Se da durante el embarazo y se presenta cuando los factores Rh de la madre y del bebé no coinciden. También se puede dar si la mamá y el bebé tienen tipos sanguíneos distintos.

dd) **Maniobra de Kristeller**.³⁰ Se lleva a cabo mediante la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, durante el segundo periodo del trabajo de parto.

ee) **Meconio**.³¹ Primera materia fecal del bebé, que es pegajosa, espesa y de color verdoso oscuro.

ff) **Óbito fetal**. Pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

gg) **Oclusión Tubárica Bilateral**³². Método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y que han recibido previamente consejería.

hh) **Oxitocina**. Hormona preparada farmacológicamente para ser administrada por vía intramuscular o intravenosa indicada para inducir el parto, aumentar la fuerza de las contracciones, controlar la hemorragia posparto y estimular la producción de la lactancia materna durante el puerperio.

ii) **Partograma**. Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados a la evaluación del trabajo del parto.

jj) **Periodo Expulsivo**³³. Es la etapa de los pujos, desde que el cuello del útero se dilata completamente hasta 10 cm hasta que nace el feto.

²⁹ Stanford Medicine Childrens Center, "Incompatibilidad a factor Rh", <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=enfermedadrh-90-P05608>

³⁰ Naysa Becerra Chauca, y Virgilio Failoc Rojas, "Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas", *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, vol.45, núm. 2 (2019), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004#:~:text=Existe%20elevada%20prevalencia%20de%20la,condiciones%20bio%C3%A9ticas%20no%20se%20cumplieron

³¹ Stanford Medicina "Aspiración de Meconio", Children's Health, <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=meconium-aspiration-90-P05493#:~:text=El%20meconio%20es%20la%20primera,pocos%20d%C3%ADas%20de%20haber%20nacido>

³² Instituto Mexicano del Seguro Social, "Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o salpingoclasia", <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral#:~:text=Es%20un%20m%C3%A9todo%20de%20anticoncepci%C3%B3n,durante%20la%20ces%C3%A1rea%20o%20en>

³³ Hofmeyr G, Voguel JP, Cuthbert A Singata, "Presión del fondo uterino durante el periodo expulsivo del trabajo de parto para mejorar los resultados maternos y fetales", *Cochrane*, 2017, https://www.cochrane.org/es/CD006067/PREG_presion-del-fondo-uterino-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-mejorar-lo

kk) **Plano de Hodge**³⁴. Se utilizan para determinar la posición del feto en su trayecto por canal de parto, establecen el grado de descenso de la presentación fetal.

ll) **Preeclampsia**³⁵. Consiste en la aparición de hipertensión arterial o el empeoramiento de una hipertensión arterial preexistente que va acompañada de un exceso de proteínas en la orina y que se desarrolla después de 20 semanas de gestación.

mm) **Prematurez (recién nacido prematuro)**³⁶. Bebé que nace antes de completar las 37 semanas de gestación.

nn) **Pródromos de parto**³⁷. Periodo que no tiene un inicio definido y se caracteriza por la aparición de síntomas y signos que advierten a la madre de que se acerca el momento del parto, pudiendo llegar a durar este periodo hasta dos semanas.

oo) **Reanimación Intrauterina**³⁸. Conjunto de técnicas no operatorias aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal, revirtiendo la causa del deterioro del estado fetal, determinado por un patrón no tranquilizador de frecuencia cardiaca fetal (FCF).

pp) **Ruptura prematura de membrana**³⁹. Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

qq) **Silverman**⁴⁰. Escala para valorar la gravedad de las afectaciones respiratorias que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también.

³⁴ Portal cerebro médico por Hugo Parrales, "Planos de Hodge", <https://cerebromedico.com/planos-de-hodge/>

³⁵ Manual MSD, "Preeclampsia y eclampsia", <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia?query=Preeclampsia%20y%20eclampsia>

³⁶ Instituto Nacional de Pediatría, Prematuridad y retos, prevención y manejo, 2018, https://www.pediatria.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf

³⁷ Cristina Matas Rodríguez, Miguel A. del Fresno Serrano y Esther del Fresno Serrano, "Pródromos de parto, ¿cuándo acudir al hospital?", *Revista Sanitaria de Investigación*, (febrero de 2021), <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prodromos-de-parto-cuando-acudir-al-hospital/>

³⁸ S.S Manzanares, M.M Sánchez Gila, A. Pineda, D. Moh García, M.D. Durán y E. Moreno, "Resucitación fetal intrauterina", *Revista Elsevier Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 40, núm. 1 (enero-marzo 2013), <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299>

³⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de Referencia Rápida. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), 2009, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf>

⁴⁰ Sonia Velasco, "Valoración del patrón respiratorio del recién nacido: la escala de Silverman", *Vygon value life*, mayo 2021, <https://campusvygon.com/escala-silverman/>

rr) **Síndrome de Hellp**⁴¹. Afección poco frecuente del embarazo, que provoca la descomposición de los glóbulos rojos de la sangre.

ss) **Sufrimiento Fetal**⁴². Estado en que la fisiología fetal se halla tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período de tiempo relativamente breve.

tt) **Tapón Mucoso**⁴³. Secreción formada en parte por las células del cérvix uterino de la embarazada, que empieza a formarse en las primeras semanas de embarazo entre la cuarta y sexta.

uu) **Taquicardia fetal sostenida**⁴⁴. Incremento en la frecuencia cardíaca cada vez que el bebé respira. Puede ser un signo de sufrimiento fetal o a una conducción anormal de la sangre, pudiendo estar causada por falta de oxígeno (hipoxia fetal) o por elevados niveles de catecolaminas en la madre.

vv) **Traumatismo Craneoencefálico**⁴⁵. Lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral.

ww) **Triage obstétrico**⁴⁶. 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.

xx) **Uteroinhibidor**⁴⁷. Retrasa el nacimiento de dos a siete días, lo cual permite administrar un esquema completo de maduración pulmonar, con la finalidad de disminuir la incidencia y severidad del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.

⁴¹ Standford Medicine Childrens Health, "Síndrome HELLP", <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hellp-syndrome-90-P05564>

⁴² Mariela Ibarra Hernández, Ileana Chio Naranjo y Daisy Hernández Durán, "Sufrimiento fetal agudo. Un reto.", *Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*, (noviembre de 2019), <http://www.uvsfajardo.sld.cu/sufrimiento-fetal-agudo-un-reto>

⁴³ Isabel Giménez Blasco, "Qué es el tapón mucoso", *MAPFRE*, noviembre 2018, <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/que-es-el-tapon-mucoso>

⁴⁴ Sanitas, "Taquicardia fetal", <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/arritmia-fetal.html#:~:text=La%20presencia%20de%20una%20taquicardia,tiempo%20o%20de%20forma%20permanente>.

⁴⁵ Manual MSD, "Traumatismo encefalocraneano", <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec>

⁴⁶ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Lineamiento Técnico.Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, 2016, http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

⁴⁷ María E. Ortíz Ruíz y Ángel Matute Labrador, "Uteroinhibidores actuales para el manejo de parto pretérmino", *Revista anales médicos de la asociación médica del centro médico ABC*, vol. 55, núm. 2 (abril-junio 2010), <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc102f.pdf>

yy) **Vacuna Anti-D**⁴⁸. Inmunoglobulina que contiene anticuerpos contra el antígeno D (Rh) de eritrocitos humanos.

zz) **Vesícula de Porcelana**⁴⁹. Aquella que tiene calcificaciones de pared secundarias a depósitos crónicos de calcio que le dan una apariencia frágil y azulada, parecida a la porcelana.

aaa) **Violencia obstétrica**⁵⁰. Forma de violencia basada en el género ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.

Proemio y autoridades responsables

En la Ciudad de México, a los 24 días del mes de octubre de 2023, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja citados al rubro, la Tercera Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, 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, numeral 4, inciso d) de la Constitución Política de la Ciudad de México (en adelante CPCM); 2, 3, 5, 6, 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 Federal⁵¹; 3, 4, 5 fracción II, III y IV, 12 fracción VIII, , 69, 70 y 73 de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; en los artículos 82, 119, 120, 136 al 142 y 144 del Reglamento Interno de la CDHDF; así como en los artículos 70, 113, 115, 120 fracción III y del 124 al 129 de su Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, consolidándose, mediante el presente

⁴⁸ Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, “¿Qué es la vacuna de inmunoglobulina anti D?”, <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/carera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/informacion-gestantes/vacuna-inmunoglobulina-anti-d>

⁴⁹Luis H. Ortega León, “Vesícula en porcelana: patología de significancia clínica incierta”, *Revista Mexicana de cirugía del aparato digestivo*, vol. 9, núm. 1 (enero- marzo 2020), <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=114465>

⁵⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Brítez Arce vs Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)” Sentencia de 16 de noviembre de 2022, serie C, núm. 474.

⁵¹ 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: “Los 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.”.

instrumento, la **Recomendación 10/2023** que se dirige a las siguientes autoridades:⁵²

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, cuya titular es la doctora Oliva López Arellano, conforme a lo dispuesto por los artículos 16 fracción XV, 40 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, el artículo 7 fracción XV y el artículo 40 del Reglamento Interior 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 del Distrito Federal.

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, cuyo director general es el doctor Jorge Alfredo Ochoa Moreno, conforme a lo dispuesto por los artículos 11 fracción II, 44 fracción I y 45 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México; 1 y 5 del Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México; Artículo 25 y 26 de la Ley de Salud del Distrito Federal; artículos 6, fracción XLVII, 79, 147 y 175 de la Ley de Salud de la Ciudad de México; 1, 4, 6, 13, 14 del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; y los artículos 1, 4, 6, 13 y 14 del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, cuya titular es la licenciada Ernestina Godoy Ramos, con fundamento en los artículos 21 y 122 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6 apartado H, y 44 apartados A y B, 46 apartado A inciso C de la Constitución Política de la Ciudad de México; 1, 2 y 7 fracción III de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 1 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 1, 4, 7 y 36 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, así como sus artículos transitorios Tercero y Décimo.

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 Pública; 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

⁵² De conformidad con 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.

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 o 126 fracción I del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, en la presente Recomendación algunas víctimas autorizaron la publicación de sus datos personales (Víctimas Directas 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12 e Indirectas 1, 3, 6, 10, 11, 12, 16), mientras otras, decidieron la protección de los mismos, criterio en que se incluyó a las víctimas niñas, niños y adolescentes (Víctimas Directas 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 14 e Indirectas 2, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21 y 22).

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 los artículos 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 y transitan 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 Política de la Ciudad de México; en los artículos 2, 3 y 17 fracciones I, II y IV de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; 3, 5 fracciones II, III y IV de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; 11 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o 28 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; así como en la resolución A/RES/48/134 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993 (Principios de París⁵³), 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 siguientes derechos humanos: de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica y su relación con el derecho a la integridad personal, los derechos al disfrute más alto del derecho a la salud, a la vida, al derecho a la protección de la familia y a vivir en familia, al derecho al acceso a la justicia y al derecho a la verdad.

⁵³ 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).

4. En razón de la persona —*ratione personae*—, ya que los hechos denunciados se atribuyen a autoridades y servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud, a los Servicios de Salud Pública y a la Fiscalía General de Justicia, todos de la Ciudad de México.
5. En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurren en el territorio de la hoy Ciudad de México.
6. En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos de queja ocurrieron en los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021, y en esas mismas fechas esta Comisión tuvo conocimiento de los mismos, esto es, dentro del plazo señalado en el artículo 28 de la Ley CDHDF o 53 de la Ley CDHCM y el artículo 99 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, tiempo en el que esta Comisión tiene competencia para conocer las quejas e iniciar las investigaciones que concluyen con la emisión de la presente Recomendación **10/2023**; y cuyas afectaciones derivadas de las violaciones a los derechos humanos de las víctimas continúan a la fecha.

I. 1 Competencia respecto de las etapas de aceptación y seguimiento de algunos expedientes de la presente Recomendación

7. El artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de esta Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (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 establecidos en el artículo 14 de la Carta Magna, según el cual “[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 para determinar el sentido y alcance del artículo cuarto transitorio de la Ley Orgánica de esta Comisión.
10. Por 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. Por su parte, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) 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. De esta manera, 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 dar 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 SCJN) 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 bajo la vigencia de la Ley de 1993 deben ser sustanciados hasta su conclusión a partir de los elementos establecidos en esa norma pero, una vez concluida la investigación, si se considera que deben iniciarse las etapas procesales de integración, emisión, aceptación y seguimiento de una Recomendación, tales 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 algunos casos de la presente **Recomendación 10/2023**, que iniciaron bajo la vigencia de la Ley Orgánica de 2019 y será éste el marco adjetivo aplicable.
16. Por otro lado, 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 recomendatorio 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 recomendatorios deberán cumplirse en los plazos establecidos en la misma y remitir a la Comisión, por conducto de su Dirección Ejecutiva de Seguimiento, las pruebas de las acciones realizadas para su cumplimiento, con fundamento en los artículos 129, 130, 131, 132 y 134 del Reglamento Interno de la CDHCM, por ser ella 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. Se mantuvo contacto constante con las Víctimas Directas e Indirectas reconocidas en el presente instrumento, así como con las personas peticionarias por diversos medios: comparecencias en las instalaciones de este Organismo, comunicación telefónica, correo electrónico, en sus domicilios, e incluso, a través de reuniones virtuales ante el contexto por la pandemia por el virus SARS-CoV-2, conocido como COVID19.
20. En todos los casos del presente instrumento recomendatorio, mediante diversos oficios, se solicitó a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, que rindiera información en relación a los hechos para que remitiera los expedientes clínicos de la atención brindada a las Víctimas Directas en los diversos nosocomios de la red.
21. Por otro lado, se solicitó en varios de los casos, que los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México rindieran un informe en relación a la atención que proporcionó a las mujeres Víctimas Directas en los contextos de atención prenatal, y se recopilaron los expedientes clínicos relacionados (específicamente en los casos 4, 6, 7 y 9).
22. Se requirió constantemente a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, que informaran el estado jurídico de las carpetas de investigación iniciadas por las Víctimas Directas e Indirectas. Aunado a lo anterior, personal de la CDHCM acudió a la consulta de las mismas, recabando las constancias que se consideraron relevantes para la integración de los expedientes, y se brindó acompañamiento a las víctimas durante este proceso (específicamente en los casos 1, 3, 4, 5, 6 y 8).
23. Fue solicitada también la colaboración del Instituto de Ciencias Forenses del Poder Judicial de la Ciudad de México para documentar aquellos casos en los que se practicaron protocolos de necropsia y se realizaron estudios

adicionales que precisaran la causa de muerte de las Víctimas Directas (en los casos 1 y 8).

24. Se celebraron reuniones de trabajo con personal de la Secretaría de Salud para tratar los asuntos materia del presente instrumento recomendatorio. Asimismo, personal de esta CDHCM realizó visitas a algunos de los nosocomios referidos en esta Recomendación.
25. La CDHCM dio constante seguimiento a los procedimientos administrativos instaurados por las personas víctimas y la Secretaría de Salud ante el Órgano Interno de Control de esa dependencia (casos 1, 3, 6, 7 y 8).
26. Fue solicitado a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, que emitiera una opinión médica respecto de la atención brindada a las Víctimas Directas en los diversos nosocomios pertenecientes a la red de salud de la Ciudad de México.
27. Finalmente, en todos los casos, se requirió el apoyo de la Dirección de Atención Psicosocial de este Organismo para realizar valoraciones de impactos psicosociales o notas psicosociales, con el fin de documentar las afectaciones en las esferas de vida de las Víctimas Directas e Indirectas que presentaron de los hechos aquí probados.

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 los “**Anexos**” respectivos de cada uno de los casos, que forman parte integrante de la misma.

IV. Contexto

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 ocurrieron⁵⁴, 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 población⁵⁵.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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.

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. Acorde con la Ley y el Reglamento Interno de este Organismo, los elementos y pruebas que devienen de la investigación se valorarán en conjunto de conformidad con la lógica, la experiencia, la legalidad, y la sana crítica con la finalidad de producir convicción respecto de los hechos reclamados como constitutivos de violaciones a derechos humanos.
31. Si bien el concepto de violencia obstétrica es un concepto que sigue en construcción, en noviembre pasado, la Corte Interamericana señaló que este tipo de violencia, “constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género”⁵⁶, la cual “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”⁵⁷. Por lo que, por primera vez en la historia del tribunal interamericano señaló que “a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla”⁵⁸.
32. Para el Grupo de Información Elegida (GIRE), organización no gubernamental especializada en la defensa de derechos sexuales y reproductivos, esta forma de violencia “se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde convergen la violencia institucional y la violencia de género”.⁵⁹
33. La violencia obstétrica, se encuentra asociada a la intervención desproporcionada y medicalizada del proceso natural de embarazo y de parto, imprime un mensaje poderoso de subordinación de las mujeres en razón de su maternidad⁶⁰. No solo se relaciona con la experiencia del parto, sino que incluye otros aspectos vinculados con el ejercicio de los derechos sexuales y

⁵⁶ Ver, Corte IDH, caso *Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, sentencia del 16 de noviembre de 2022, párr. 76.

⁵⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233, 14 noviembre 2019, párr. 181. Citado en caso *Brítez Arce y otros Vs Argentina...* Op. Cit.

⁵⁸ . Ver, Corte IDH, caso *Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, sentencia del 16 de noviembre de 2022, párr. 77.

⁵⁹ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). “Violencia Obstétrica”, en: *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México* (México: GIRE, 2015).

⁶⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “Autonomía física, libertad y derechos”, en *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible* (Chile: CEPAL, 2016).

reproductivos, como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia⁶¹.

34. Los actos de violencia obstétrica resultan ser pluriofensivos, al ser una violación a derechos humanos que constituye una forma de discriminación⁶² y cuando se realiza con la intervención de los operadores de salud, principalmente aquellos que se desarrollan en el ámbito del servicio público, con lleva al ejercicio de violencia institucional contra las mujeres⁶³.
35. Asimismo, estos actos tienen efectos directos en los cuerpos de las mujeres y de las personas gestantes e incluso de los y las recién nacidas, es decir los actos de violencia obstétrica no son abstractos sino concretos y generan afectaciones psicoemocionales y físicas que pueden llegar a impactar el nivel de salud mental, física, sexual y reproductiva de las víctimas⁶⁴.
36. A nivel cultural, los estereotipos de género respecto a la “maternidad” imprimen expectativas de comportamiento y apariencia del cuerpo y persona que gesta durante los momentos de embarazo, parto y puerperio. Mismos que, en caso de no ser cumplidos, justifican la intervención médica sin consentimiento, el paternalismo médico, la invisibilización de síntomas, la infantilización de las pacientes, la patologización de procesos, entre otras conductas del personal de salud.
37. En este sentido, la normalización de la violencia obstétrica se encuentra justificada en los estereotipos de género que se encuentran inscritos en la práctica médica, en el conocimiento y en una cultura que enaltece valores patriarcales.
38. Otro de los factores sociales que han provocado la normalización de la violencia obstétrica es que, en las últimas décadas, se ha observado que “la organización sanitaria es impregnada de cumplir con altas cuotas de productividad a costa de la dimensión personal de la atención y con un tipo de racionalidad que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente burocrático”,⁶⁵ provocando “la atención institucionalizada del parto [donde se]

⁶¹ Ibidem.

⁶² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar* (Chile: CEPAL, 2016), https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf

⁶³ Ver Recomendaciones 05/2019, 01/2022, et al.

⁶⁴ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). “Violencia Obstétrica”, en: *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México* (México: GIRE, 2015).

⁶⁵ Luis A. Villanueva Egán, “De qué hablamos cuando hablamos de Violencia Obstétrica?”, *Revista CONAMED*, Vol. 21 (2016), [http://www.comego.org.mx/formatos/violencia%20obstetrica%20CONAMED\[2\].pdf](http://www.comego.org.mx/formatos/violencia%20obstetrica%20CONAMED[2].pdf)

ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho”.⁶⁶

39. Con frecuencia se observa “un escenario caracterizado por un comportamiento poco sensible, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés del médico por los aspectos emocionales y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete y ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que se ofrece a familiares y pacientes como la asentada en el expediente clínico”.
40. La tecnificación de la medicina fomenta una relación asimétrica de poder propia del paternalismo médico, que desplaza el saber y las experiencias de las mujeres por el saber científico.⁶⁷
41. La bioética fundada en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁶⁸ ordena el análisis crítico de las prácticas médicas transformadas por un proceso de creciente tecnificación, burocratización y mercantilización de la medicina. En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal, configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio.
42. El parto se configura en un trámite quirúrgico, desde una tradición occidental y medicalizada, por lo que la discusión respecto de la multiplicidad de lesiones que provoca la violencia obstétrica, debe discutirse en el campo de la ética y la calidad de la atención obstétrica.⁶⁹
43. En el marco del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU (Comité CEDAW por sus siglas en inglés), se remarca en hecho que la violencia obstétrica es un tipo de violencia contra las mujeres que, por definición, les afecta de manera desproporcionada y se vincula inescindiblemente con cuestiones de género.
44. Bajo esa tesitura, el Comité CEDAW reconoció que uno de los principales motivos de preocupación en materia de salud en México, eran las denuncias

⁶⁶ Laura F. Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética/UNESCO*, núm. 7 (2013), <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos/Belli%20L%20-%20La%20violencia%20obstetrica%20otra%20forma%20de%20violacion%20a%20los%20derechos%20humanos.pdf>

⁶⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*.

⁶⁸ Tom. L. Beauchamp y J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. (Nueva York: Oxford, 1994).

⁶⁹ Luis A. Villanueva Egán, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”. *Revista CONAMED*, (2010).

de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto⁷⁰, motivo por el cual recomendó la armonización de las leyes federales y estatales⁷¹, a efecto de calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aunado a que se garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.⁷²

45. En las observaciones finales al Noveno Informe Periódico de México, el Comité CEDAW manifestó su preocupación por la falta de mecanismos eficaces y la insuficiencia de los presupuestos estatales asignados a la aplicación de las leyes sobre la igualdad de género y el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; sobre el hecho de que los estereotipos discriminatorios, las formas interseccionales de discriminación y la cultura machista arraigada siguen impidiendo avanzar en la promoción de la igualdad de género; sobre la normalización de la violencia contra las mujeres, así como las imágenes estereotipadas y sexualizadas de que son objeto; además de la persistencia de los patrones de uso generalizado de la violencia por razón de género contra las mujeres y las niñas.⁷³
46. Tras la falta de avance en el cumplimiento de los objetivos del milenio adoptados en septiembre del año 2000, en 2015, se llevó a cabo la Cumbre de la Organización de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, mediante la cual se adoptó la Agenda 2030 que plantea en su Objetivo 3 “Salud y Bienestar”, las metas 3.1 y 3.2, relativas a reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
47. En relación a dicho objetivo, en 2016, el entonces Secretario General la ONU actualizó la estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, de la cual se desprende el objetivo de “sobrevivir” o poner fin a la mortalidad prevenible materna o infantil.
48. Según información de Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA-México), la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas

⁷⁰ Comité CEDAW, CEDAW/C/MEX/CO/9. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México. 25 de julio de 2018.

⁷¹ En 2017, se estableció y reconoció en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, que la violencia obstétrica es un tipo de violencia contra las mujeres, la Constitución Política de la Ciudad de México, en su artículo 6, apartado F.2, estableció un esquema de protección de las mujeres contra la violencia obstétrica.

⁷² Comité CEDAW, CEDAW/C/MEX/CO/9. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México.

⁷³ Ibidem.

mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales⁷⁴.

49. Las mujeres de los países en desarrollo tienen más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 4,900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo.⁷⁵
50. La mayoría de esas complicaciones que provocan la muerte materna, aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.⁷⁶
51. Asimismo, por cada mujer que muere, 20 o 30 tienen complicaciones con consecuencias importantes o duraderas.⁷⁷ Cada muerte materna es una tragedia humana para la mujer y su familia, pues alrededor de un millón de niñas y niños quedan huérfanos de madre cada año. Estas niñas y niños tienen mayores probabilidades de morir dentro de los dos años siguientes a la muerte de sus madres en comparación con aquellos niños cuyos padres están vivos.⁷⁸
52. El reconocimiento a nivel internacional y regional de que la reducción de la mortalidad y morbilidad materna no es sólo un problema de desarrollo sino una cuestión de derechos humanos, ha ido en aumento.⁷⁹ La mortalidad y morbilidad materna son consecuencia de la desigualdad de género, la discriminación, la desigualdad en materia de salud y el fracaso en garantizar los derechos humanos de las mujeres.⁸⁰

⁷⁴ Fondo de Población de Naciones Unidas, "Salud Materna", <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-materna>

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud, "Mortalidad Materna" <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

⁷⁶ Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann B. Möller, Jane Daniels, A. M. Gülmezoglu, Marleen Temmerman y Leontine Alkema, Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis, *Lancet Global Health* (2014).

⁷⁷ Fondo de Población de Naciones Unidas, "Salud Materna".

⁷⁸ Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), "Evaluación del costo de los tres resultados transformadores" (Nueva York: UNFPA, 2020), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online_Spanish_corregido_1.pdf

⁷⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. A/HRC/14/39. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 16 de abril de 2010, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/129/52/PDF/G1012952.pdf?OpenElement>

⁸⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas. A/HRC/18/27. Prácticas de adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de

53. Un enfoque de la morbilidad y la mortalidad maternas basado en los derechos humanos debe garantizar la igualdad de las mujeres en la toma de decisiones mediante una serie de medidas, incluidas medidas legislativas, políticas y operacionales; razón por la que se requiere un compromiso político que favorezca la formulación de políticas y la promoción de los vínculos intersectoriales para reducir la pobreza, mejorar la educación y la nutrición de las mujeres, mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento, las infraestructuras y el transporte, empoderar a las mujeres y resolver el problema de la violencia de género y las prácticas nocivas.⁸¹
54. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado en temas relacionados con la violencia obstétrica desarrollando, a través de sus resoluciones, el contenido de varios derechos, tales como el derecho al consentimiento informado; el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, estableciendo que el abuso y la humillación de las mujeres dentro del ámbito de la salud reproductiva puede ser considerado como un trato inhumano y degradante⁸²; el derecho a la integridad física, en el cual se resalta que el concepto de vida privada se extiende a la integridad física, de esta manera, siendo que el cuerpo de una persona es el aspecto más íntimo de su vida privada y la atención médica es en sí misma una interferencia con ese derecho, las mujeres tienen el derecho a decidir por sí mismas las circunstancias y el modo en las cuales desean parir, considerando desde una perspectiva amplia el concepto de autonomía personal. El Tribunal ha recalcado que parir tiene implicaciones directas en la integridad física y psicológica de las mujeres, lo cual constituye un aspecto íntimo de su vida privada, ante lo cual la legislación en materia de cuidados sanitarios durante el nacimiento debería de velar primero por los derechos de las mujeres, así como tomar en cuenta los intereses de los o las recién nacidas.⁸³
55. El Comité CEDAW en su determinación (CEDAW/C/75/D/138/2018 de fecha 28 de febrero de 2020)⁸⁴ se pronunció por primera vez respecto de la violencia obstétrica⁸⁵, retomando el informe de la Relatora Especial Sobre la Violencia

las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 8 de julio de 2011, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/145/58/PDF/G1114558.pdf?OpenElement>

⁸¹ Ibidem, párr. 9.

⁸² Corte Europea de Derechos Humanos, "Caso R.R Vs. Polonia", Sentencia del 28 de noviembre de 2011", <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-104911%22%5D%7D>

⁸³ Corte Europea de Derechos Humanos, "Caso Konalova vs. Rusia", Sentencia del 9 de octubre de 2014, <https://uniteforreprorights.org/wp-content/uploads/2017/12/Konovalova-v-Russia.pdf>

⁸⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW/C/75/D/138/2018, Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación número 138/2018, 28 de febrero de 2020, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en

⁸⁵ La resolución es sobre un caso en el cual una mujer Española que llevó su seguimiento prenatal sin complicaciones, fue sometida, por un hospital público de España, a una serie de intervenciones innecesarias, las cuales se llevaron a cabo

contra la Mujer, sus causas y consecuencias, sobre “los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”⁸⁶, el cual fue presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas.

56. La Relatoría Especial en su informe, logró identificar cómo se manifiesta la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención de parto en los centros de salud, recabando dolorosas historias contadas por mujeres, en donde las nuevas plataformas sociales digitales⁸⁷ han desempeñado un papel esencial a la hora de romper el silencio y dar a conocer al público sus anécdotas; retomó temas relevantes como el consentimiento informado, calificándolo como un derecho fundamental en el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto, toda vez que las mujeres tienen derecho a recibir información respecto de los tratamientos que le son recomendados, a fin de que pueda pensar y adoptar decisiones libres e informadas⁸⁸.
57. Por otro lado, respecto de las causas de esta manifestación de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, la Relatoría Especial destacó: el papel trascendental que tienen las condiciones y limitaciones de los sistemas de salud como causas estructurales, las cuales se relacionan con las limitaciones de recursos, las condiciones de trabajo del personal médico, entre otros aspectos; la aplicación de Leyes o prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género, tales como obtener el consentimiento informado del esposo, pareja o tercero para que una mujer sea sometida a un procedimiento médico, segregación de las pacientes por motivos de raza u origen étnico, discriminación de mujeres que viven con algún tipo de discapacidad a quienes suele considerarse como asexuales o sexualmente

sin mediar información y consentimiento (se le realizaron constantes tactos vaginales, se prohibió el ingreso de su pareja, permaneció alrededor de 36 horas internada, se le suministró oxitocina sin su consentimiento y sin informarle sobre los efectos secundarios, no se le permitió dar a luz de pie, se le hizo una episiotomía y le extrajeron la placenta manualmente, no pudo tener apego precoz,) que afectaron su salud física y psíquica, su integridad moral y la salud de la bebé. Se logró documentar que la víctima necesitó de fisioterapia especializada en rehabilitación del suelo pélvico para la recuperación de los daños que le ocasionaron a través de la episiotomía, lo cual le imposibilitó mantener relaciones sexuales durante dos años.

⁸⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe A/74/137, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>.

⁸⁷ La Relatoría a través de su informe resaltó el papel importante que los movimientos sociales a través de las redes han tenido, tales como el movimiento #MeToo, los cuales han evidenciado que, “las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica a menudo son silenciadas o tienen miedo a hablar por el temor a los tabúes, el estigma o la creencia de que la violencia que han sufrido es podría constituir un acto aislado”. ACNUDH, A/74/137, p.16.

⁸⁸ Dentro del informe se precisa que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (International Federation of Gynecology and Obstetrics) reconoce que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo. ACNUDH, A/74/137, p. 32.

inactivas y en general, los nocivos estereotipos de género⁸⁹ que existen en el ámbito de la salud reproductiva, relacionados con el papel natural de la mujer en la sociedad y en la maternidad, los cuales limitan su autonomía y perpetúan la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige sufrimiento de la mujer⁹⁰.

58. En su resolución CEDAW/C/75/D/138/2018, el Comité CEDAW evidenció que existe la obligación de los Estados de vigilar el cumplimiento de los tratados en materia de derechos humanos de los que son parte, de manera que tienen que asegurar la realización práctica del principio de igualdad del hombre y la mujer, y adoptar medidas apropiadas que permitan modificar y/o eliminar normatividad, costumbres y prácticas discriminatorias (sistemáticas y generalizadas) en contra de las mujeres⁹¹. En tal sentido, el Comité resaltó que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de las mujeres a ser protegida contra la violencia de género, específicamente de la violencia obstétrica, de manera que los Estados deben tener extremo cuidado con no reproducirlos. Por otro lado, el Comité señaló que creer que el personal médico es quien puede decidir sobre el tratamiento médico idóneo de las mujeres, constituye una noción estereotipada y por lo tanto discriminatoria que viola sus derechos.⁹²

59. Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a través del amparo en revisión número 1064/2019⁹³, afirma que la violencia obstétrica es un tipo

⁸⁹ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia elaboró en 2011 unas directrices sobre los estereotipos de género en la atención de la salud de las mujeres. Véase: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

⁹⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe A/74/137, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.

⁹¹ Dentro de la resolución, el Comité rescató la relatoría de hechos de la parte actora, de la cual se destaca lo siguiente: "ingresar en el hospital había sido como entrar en el túnel de lavado, en una cadena de montaje: todo el mundo te hace cosa de forma mecánica. La mujer no hace nada, pero sale del túnel como un bebé. Si esto pasa en otro tipo de asistencia médica, como por ejemplo una operación del corazón, la persona no tiene que hacer nada, está preparada para la pasividad, en un parto una mujer está preparada física y psicológicamente para parir, no para la que la paran [...]" CEDAW/C/75/D/138/2018.

⁹² En las recomendaciones, el Comité precisó que existe un deber general de los Estados parte del Convenio a: Asegurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, en consonancia con la recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud; en particular, proporcionar a la mujer información adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva; realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado parte que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia; proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer; Asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados, incluido en casos de violencia obstétrica, y proporcionar capacitación al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.

⁹³ Sentencia que puede ser consultada en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2021-05/AR-1064-2019-20052021.pdf

de violencia de género en contra de las mujeres que generalmente se presenta en situaciones de especial vulnerabilidad y asimetría de poder, la cual se invisibiliza ante las prácticas arraigadas en los servicios de atención a la salud reproductiva de mujeres y personas gestantes, lo cual se lleva a cabo de manera generalizada y sistemática. De esta manera, en un caso de violencia obstétrica, la Corte involucró varios derechos, cuyo contenido orientó de conformidad con las interpretaciones de los organismos internacionales de derechos humanos en la materia, con la intención de formar una unidad normativa, tales como: derecho a la salud⁹⁴, derecho a la salud sexual y reproductiva⁹⁵, derecho al consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud⁹⁶ y al consentimiento informado en métodos de anticoncepción permanente⁹⁷, bajo un carácter previo, libre, pleno e informado.

60. Pese a que nuestro país reconoce a la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género, ya que 27 Estados del país incluyen la violencia obstétrica de manera expresa en sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (entre ellas la de la CDMX), este tipo de violencia no figura dentro de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁹⁸, lo que ocasiona que en aquellos casos donde se quiera iniciar investigación alguna dificulta el derecho de las víctimas al acceso a la justicia. En tal sentido, los códigos penales de Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz tipifican la violencia obstétrica como un delito, cuyas penas van desde medidas reeducativas hasta prisión e inhabilitación para ejercer la medicina. El código penal de Aguascalientes no tipifica la violencia obstétrica, pero sí establece la Responsabilidad Profesional Médica, cuya definición parece incluir con las manifestaciones de la violencia obstétrica⁹⁹.

⁹⁴ La sentencia retoma la relación entre el derecho a una vida digna y la salud, como el derecho fundamental a que no se le impida a un ser humano el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna, incluido el cuidado de la salud.

⁹⁵ El derecho que de conformidad con el artículo 4 de la CPEUM, tiene toda persona para decidir de manera libre y responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el cual, desde la perspectiva del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, implica que se garantice a las mujeres a ser plenamente informadas sobre sus opciones al aceptar un tratamiento, lo cual le permitirá ejercer su derecho de forma libre y responsable.

⁹⁶ Al respecto, la Corte precisa que, en la prestación de servicios médicos, estos derechos son instrumentos esenciales para la satisfacción de otros, tales como la libertad personal, la auto disposición sobre el propio cuerpo, la integridad personal, la autonomía, la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente sobre la maternidad y la familia, entre otros.

⁹⁷ La SCJN abordó el consentimiento informado como derecho humano y salvaguarda de la violencia obstétrica particularmente frente a métodos de anticoncepción permanente, el cual debe ser previo, es decir, antes de cualquier acto médico, libre a la luz de la autonomía y la libertad de la mujer para tomar decisiones: pleno e informado como un deber reforzado.

⁹⁸ Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del 1° de febrero de 2007 (Diario Oficial de la Federación, última reforma del 8 de mayo de 2023).

⁹⁹ Serendipia, "Violencia obstétrica en México: parir entre humillaciones, golpes y procedimientos innecesarios", <https://serendipia.digital/datos-y-mas/violencia-obstetrica-en-mexico-parir-entre-humillaciones-golpes-y-procedimientos-innecesarios/>.

61. Si bien la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México ya contemplaba como una forma específica de violencia, a la violencia obstétrica; el 22 de diciembre de 2022, se publicó en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México¹⁰⁰, una reforma al artículo 6, fracción VII de la citada Ley, para señalar:

VII. Violencia Obstétrica: Es 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 que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad, cultura, grupo étnico u origen durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos; especialmente cuando se trate de mujeres indígenas y/o afrodescendientes;
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer;
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer;
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o; Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer;

¹⁰⁰ Ver, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, vigésima Primera época, del 22 de diciembre de 2022, No. 1007 Bis.

65. Casi el 40% de los niños menores de 5 años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos, o sea, bebés de menos de 28 días o en período neonatal. La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud, toda vez que una gran parte de esos casos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar sus posibilidades de supervivencia.¹⁰⁵
66. Las defunciones en los primeros 28 días de vida se deben a trastornos y enfermedades asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o bien, de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida.
67. Recientemente, el INEGI presentó las Estadísticas de Defunciones Fetales, revelando que, durante 2022, ocurrieron 25 041 muertes fetales, de las cuales 83.2 % ocurrió antes del parto, 15.8 % sucedió durante el parto y en 1.0 % de los casos no se especificó el momento. Adicionalmente, se encontró que la tasa nacional de embarazos que terminaron en muerte fetal fue de 72.2 por cada 100 mil mujeres en edad fértil, posicionándose la Ciudad de México como el segundo lugar en las tasas más altas.¹⁰⁶
68. Internacionalmente se ha reconocido el impacto de genera en los núcleos familiares, especialmente en las mujeres y personas gestantes que un embarazo no llegue a término o que ocurra una muerte perinatal o neonatal; por ello, en algunos países se llevan a cabo buenas prácticas respecto de la atención de las mujeres y personas gestantes, así como sus familias ante los contextos de muerte prenatal y neonatal. En Argentina¹⁰⁷, por ejemplo, se implementó un código, que consiste en identificar a estas pacientes con una mariposa de papel colocada en la cama, con la finalidad de que personal médico identifique el caso como un caso de muerte prenatal o neonatal y efectúe un trato sensibilizado, discreto y humanizado, se propicie una comunicación asertiva y se considere apoyarlas en relación a su condición psíquica y/o espiritual. En este sentido, es importante, además, permitir que las mujeres vean a su hijo o hija en compañía de sus familiares, la presencia de su acompañante durante toda su estancia en el hospital, su permanencia en habitaciones individuales o, en su caso, en aquellas donde no se encuentren otras personas que cursen un embarazo o puerperio y evitar comentarios inadecuados, al referirse a ellas como “mamita”.

¹⁰⁵ Organización Mundial de la Salud, “Salud del Recién nacido”, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/

¹⁰⁶ Facebook “INEGI informa” https://www.facebook.com/INEGIinforma/?locale=es_LA

¹⁰⁷ Hospital Universitario San Ignacio, “HUSI sensible al duelo materno” <https://www.husi.org.co/el-husi-hoy/husi-sensible-al-duelo-materno>

69. Por su parte, España¹⁰⁸ a través de la sociedad civil ha definido una serie de pautas en relación al trato de los padres y madres ante este escenario, indicando que todo el personal médico debe presentarse, escuchar afectivamente, darles tiempo de tomar decisiones, informales claramente sobre cada situación, explicarles opciones y no juzgar sus decisiones, no culpabilizarlos, ser comprensivos, cuidar su lenguaje corporal, no expresar situaciones positivas en torno a la muerte, hacerles sentir su presencia, no hacer comentarios inadecuados respecto al duelo, no indicar que entienden en dolor sino han vivido al similar, aconsejarlos, ayudarlos a tener recuerdos, cuidar la terminología y establecer contacto con ambos padres. Respecto de espacios para duelo, recomiendan velar por la intimidad del o la bebé, de sus padres y su familia, respetar la relación entre ellos, y permitir el ejercicio de ritos de despedida acordes a sus creencias.
70. En atención a esto, recientemente Colombia aprobó la Ley Brazos Vacíos, cuyo fin es expedir un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal, aplicable a las instituciones y actores del sistema de salud, que permita garantizar, en todo momento, durante la atención hospitalaria y después de ella, el cuidado de la salud mental, un trato digno y humanizado, y la efectividad de los derechos constitucionales de la familia y especialmente de la mujer. Adicionalmente, promueve la formación del talento humano en salud en dicha temática, así como la declaración del día 15 de octubre como el “Día Nacional de la concienciación de la muerte gestacional y neonatal”.¹⁰⁹
71. En concordancia con lo anterior, a nivel nacional, a finales del mes de abril de 2023, el Senado de la República emitió un dictamen¹¹⁰ con propuesta para reformar la Ley General de Salud, la Ley Federal del Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, mismo que se encuentra pendiente de atención por la Cámara de Diputados. De esa propuesta se desprenden los siguientes objetivos:
- Garantizar la atención integral y multidisciplinaria de la muerte fetal y perinatal;
 - Garantizar el trato digno, el bienestar físico, psíquico y emocional y la protección de los derechos humanos de las mujeres, así como de las personas significativas que las acompañen;
 - Capacitación al personal profesional, auxiliar y técnico de la salud para abordar la muerte fetal y perinatal;

¹⁰⁸ El parto es Nuestro, Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal, <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>

¹⁰⁹ JIC Fundación “Iniciativas legislativas y de política pública”. <https://www.jicfundacion.com/iniciativas-legislativas-y-de-politica-publica/>

¹¹⁰ Senado de la república “Gaceta del Senado” 28 de abril de 2023. https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/2/2023-04-28-1/assets/documentos/Dict_Com_Salud_y_ELS_Ref_Ley_Gnral_de_Salud.pdf

- Reconocimiento del derecho al acompañamiento de las mujeres al establecer que, durante el trabajo de parto, posparto y puerperio, las mujeres tendrán derecho a ser acompañadas por la persona de su confianza y elección;
- Reconocimiento del derecho de las mujeres a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria tanto de los procesos de inhibición fisio o farmacológica de la lactancia y la donación de leche humana.
- Obligación de las autoridades sanitarias, educativas y laborales de realizar acciones para abordar, con sentido ético, respetuoso y humanitario, la muerte fetal y perinatal.
- Introducción de permisos de duelo a madres y padres trabajadores por la muerte fetal o perinatal de sus hijas e hijos, que corresponderá a cuando menos cinco días laborables con goce de sueldo, independientemente de/tiempo de servicio.

72. Por otro lado, diversos países de la región han establecido marcos normativos específicos para erradicar la Violencia Obstétrica, por ejemplo en Argentina, desde 2004, se encuentra vigente la Ley de Parto Humanizado¹¹¹; Venezuela fue el primer país en América Latina que incluyó la violencia obstétrica como un delito en el 2007, en la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”¹¹²; en Colombia el 11 de julio de 2022, se aprobó la “Ley de parto digno, respetado y humanizado”¹¹³ y en Chile, en 2022 y 2023¹¹⁴ se ha debatido sobre el proyecto de Ley contenido en el Boletín N° 12.148-11 que pretende establecer derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual a favor de las mujeres y personas gestantes, y, al mismo tiempo, busca sancionar la violencia gineco-obstétrica, conocido como “Ley Adriana”¹¹⁵.

73. De acuerdo con el informe “Justicia olvidada, Violencia e impunidad en la salud reproductiva”¹¹⁶, en México, entre 2011 y 2019, la CONAMED recibió 72 quejas por maltrato por parte del personal de salud o administrativo en la especialidad de obstetricia; entre 2015 y 2017 se registró el mayor número de

¹¹¹ Laura F. Beli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *RedBioética/UNESCO*, (enero-junio 2013).

¹¹² Katherine, Pennacchio y Vielma Alexa. “El país donde los hospitales rechazan a las mujeres en proceso de parto” *Salud con Lupa*, 1 de marzo de 2020. <https://saludconlupa.com/series/el-parto-robado/pas-donde-hospitales-rechazan-mujeres-proceso-parto/>.

¹¹³ Departamento de la Función Pública de Colombia. “Ley 2244 de 2022”, 11 de julio de 2022. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=189347.

¹¹⁴ Senado de la República de Chile, Noticias, Derecho de las mujeres, <https://www.senado.cl/ley-adriana-avanzan-en-fortalecer-el-proyecto-que-erradica-la-violencia>

¹¹⁵ Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. “Ley Adriana. Proyecto Violencia-Gineco obstetra”. Noviembre 2022. <https://sochog.cl/wp-content/uploads/2023/01/INFORME-EN-DERECHO.pdf>

¹¹⁶ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). “Justicia olvidada. Violencia e impunidad en la salud reproductiva” (México: GIRE, 2022), <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/06/JusticiaOlvidada.pdf>

quejas. En más de la mitad de los casos, la institución involucrada fue el IMSS (55.6 por ciento), seguida de los servicios estatales de salud y el ISSSTE.

74. A nivel federal, entre 2011 y 2020, la CONAMED registró 27 quejas por casos de muerte materna debido a negligencia médica relacionada con la atención del control prenatal, embarazo, parto o puerperio. La edad promedio de las afectadas fue de 29 años y el tiempo promedio desde que se inició la queja hasta su conclusión fue de 333 días. De estas quejas, 48% no fueron conciliadas, 26% terminaron por conciliación y 26% concluyeron por falta de interés procesal. Además, en 37% de los casos la institución médica involucrada fue el IMSS, en 14.8% de los casos el ISSSTE y un 14.8% fue atribuible a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.¹¹⁷
75. Por su parte, en la ENDIREH 2016¹¹⁸ se menciona que en la Ciudad de México, 60.8% no experimentó incidentes de maltrato, mientras que el 39.2% sí fue maltratada en el momento de su último parto, por lo que se observa una ligera disminución de los casos de maltrato; sin embargo, aún resta un largo camino por recorrer para su total erradicación, toda vez que la mayoría de esas personas fueron atendidas en un hospital o clínicas públicas (del IMSS, de alguna entidad federativa, de la SEDESA, etc.), sucediendo en menor medida en clínicas u hospitales privados.
76. La ENDIREH 2021 presentó resultados respecto a que, en la Ciudad de México, de un total estimado de 294,942 mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron su último parto entre 2016 y 2021, 113,624 mujeres fueron maltratadas en el momento de su último parto (el 38.5%). Adicionalmente, estima que, en la Ciudad de México, el maltrato en la atención obstétrica entre las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea en los últimos 5 años es menor entre las que tuvieron un parto (34.2%) que entre las que tuvieron cesárea (43.1%), dando una media de 38.5%. Durante el parto, un 24.4% de las mujeres vivió maltrato psicológico y/o físico y al 22.5% se le practicaron tratamientos médicos no autorizados, mientras que, en los casos de cesárea, esos porcentajes son del 25.9% y 35.5%, respectivamente. Ese ese orden de ideas, cabe destacar que la Ciudad de México ocupa el tercer lugar entre las entidades con mayor proporción de maltrato en la atención obstétrica contra las mujeres de dicho rango etario.¹¹⁹ El tipo de incidentes que reportaron las mujeres entrevistadas fueron:

La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta.

Le gritaron o la regañaron.

La pellizcaron o jalonearon.

¹¹⁷ Ibidem, 59.

¹¹⁸ INEGI, Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), agosto 2016. Ver en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

¹¹⁹ INEGI, Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), agosto 2022, <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021>

Le dijeron cosas ofensivas, humillantes o denigrantes.
La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé.
Se negaron a anestesiarse o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones.
Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho.
Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as).
La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos.
La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era.
Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza.
No le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea.
No dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea.
No le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesario hacerle cesárea.
No dio permiso o autorización para que le hicieran cesárea¹²⁰.

- 77.** La atención y trato deficiente hacia las mujeres y personas embarazadas en el sector público constituye una forma de violencia institucional, tanto por el lugar en el que ocurren como por las personas que intervienen, esto es que sucede en hospitales públicos y los cometen personas funcionarias públicas.¹²¹ . Es importante analizar en el espacio en el que ocurre para poder identificar condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos", considerando además que está estrechamente relacionada con el trato degradante y la baja calidad de la atención en salud.¹²²
- 78.** A la fecha, esta Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México ha emitido 15 instrumentos recomendatorios sobre salud materna y en 8 de ellos se ha pronunciado sobre violencia obstétrica¹²³; lo que implica que la CDHCM ha documentado e investigado 69 casos en los que acreditaron violaciones a derechos humanos, por hechos relacionados con salud materna o constitutivos

¹²⁰ INEGI. Endireh 2021. Tabulados básicos. Disponible en: [x_atencion_obstetrica_intervalos_endireh2021.xlsx \(live.com\)](https://www.inegi.org.mx/contenidos/resultados/endireh2021/obstetrica/obstetrica_intervalos_endireh2021.xlsx). Última consulta: 30 de junio de 2023.

¹²¹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, artículo 7, fracción VII.

¹²² Bruyn, "La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un Estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción", (Estados Unidos: Chapel Hill, 2003), citado en Elisa Jojoa-Tobar, Yuler D. Cuchumbe-Sánchez, Jennifer B. Ledesma-Rengifo, María C. Muñoz-Mosquera, Adriana M. Paja Campo y Juan P. Suarez-Bravo, "Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible", *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, vol. 51, núm. 2 (2019), <https://www.redalyc.org/journal/3438/343860382006/html/>

¹²³ Se han emitido 14 instrumentos recomendatorios sobre salud materna (10/2006, 13/2006, 3/2008, 15/2018, 2/2009, 7/2011, 15/2012, 15/2013, 5/2014, 3/2015, 9/2016, 7/2017, 5/2019, 1/2022 y 6/2023), en 8 de ellos se ha pronunciado sobre violencia obstétrica (15/2012, 15/2013, 3/2015, 9/2016, 7/2017, 5/2019, 1/2022 y 6/2023), por lo que éste sería el décimo sexto instrumento recomendatorio que aborda derecho a la salud materna y el noveno sobre violencia obstétrica.

de violencia obstétrica ocurridos en instalaciones del Gobierno de la Ciudad de México.

79. En 2019, esta Comisión de Derechos Humanos emitió la Recomendación 5/2019, siendo relevante por ser la primera en pronunciarse basada en los estándares previstos en la Constitución Política de la Ciudad de México. En dicho instrumento, se dejó asentado que la violencia contra las mujeres es una preocupación internacional al percibirse como una consecuencia de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres,¹²⁴ además de ser uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante el que se coloca a las mujeres en una posición de subordinación frente a los hombres.¹²⁵
80. La presente Recomendación se emite tras el análisis integral de 9 expedientes de queja integrados por este Organismo, de los cuales 4 son casos de muerte materna y 5 de muerte perinatal o neonatal, todas insertas en una serie de irregularidades en la atención médica brindada a las víctimas directas durante el embarazo, parto y el puerperio, catalogadas como violencia obstétrica, así como en la atención brindada a las y los recién nacidos durante su estancia en los nosocomios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

V. Relatoría de hechos

V. 1. Caso 1: Expediente CDHDF/III/121/TLAH/19/D1294

Víctimas Directas:

Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)
[Recién Nacida Víctima Directa 2]

Víctimas Indirectas:

Gustavo Lobato Padilla, (Víctima Indirecta 1)
[Niño Víctima Indirecta 2]

81. **Cristal** y **Gustavo** iniciaron una relación de pareja tras conocerse al estudiar la licenciatura. **Cristal** habitaba con sus padres y su hijo, el **[Niño Víctima Indirecta 2]**, en tanto **Gustavo** vivía con su familia de origen.
82. A los 6 meses de noviazgo, **Cristal** y **Gustavo** se enteraron de que tendrían una hija, por lo cual llevaron el control prenatal en el Centro de Salud T-II “Zapotitla” de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (en adelante, SERSALUD). El 17 de enero de 2019, personal de dicho Centro de Salud les entregó una hoja del “Sistema de Referencia y Contrarreferencia”

¹²⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/II.117, Situación de los Derechos de la Mujer en Ciudad Juárez, México: El Derecho a No Ser Objeto de Violencia y Discriminación, 7 marzo 2003.

¹²⁵ Ibidem, párr.6. Ver También Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/II.77, Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal, párr. 6, <http://www.cidh.org/countryrep/Chile85sp/cap4.htm>

para el Hospital General Milpa Alta (en adelante, HGMA) de la SEDESA, con la finalidad de que a **Cristal** le fuera otorgada atención médica en la especialidad de ginecobstetricia; sin embargo, al acudir a la consulta correspondiente, le dijeron que no contaban con ese servicio, orientándola para presentarse en el Hospital Materno Infantil Tláhuac (en adelante, HMIT) de la misma SEDESA.

- **Hospital Materno Infantil Tláhuac**

83. A partir de la revisión de las constancias del expediente clínico remitido por la SEDESA a esta CDHCM, se localizó en la Hoja Frontal de Diagnósticos e Intervenciones Quirúrgicas, que el 21 de enero de 2019, con 35.6 semanas de embarazo, **Cristal** acudió a su primera consulta en el HMIT, pero en el referido expediente no obra ninguna nota médica al respecto.
84. El 28 de enero de 2019, **Cristal** acudió a una segunda revisión en el área de ginecobstetricia de ese nosocomio, siendo atendida por el médico José Luis Pérez Tejada Coronado, quien determinó que su embarazo se encontraba dentro de los parámetros normales y sin señales de emergencia obstétrica, por lo cual **Cristal** firmó la nota médica y señaló de puño y letra que escuchó los latidos de su bebé y le explicaron los datos de alarma.
85. El 7 de febrero de 2019, aproximadamente a las 13:06 horas, **Cristal** acudió al HMIT, a una consulta de rutina, donde fue atendida nuevamente por el médico José Luis Pérez Tejada Coronado, quien después de revisar la frecuencia cardiaca de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, le indicó que ésta tenía el pulso muy acelerado, por lo que permanecerían en observación para descartar que cursara con taquicardia fetal sostenida. En el expediente clínico se integró una hoja de Triage Obstétrico, elaborado el mismo día a las 13:27 horas, a nombre de **Cristal**, sin que todos los rubros fueran debidamente llenados.
86. En consecuencia, **Cristal** ingresó a la sala de labor de la Unidad de Tococirugía, donde de acuerdo con la nota inicial de urgencias de las 14:48 horas, contaba con 38.4 semanas de gestación. En dicho lugar, se le realizó a **Cristal** un registro cardiotocográfico, cuyo resultado descartó la taquicardia fetal, por lo que cerca de las 15:00 horas, se ordenó su alta y se le solicitó firmar la nota médica en donde expresamente señaló que recibió datos de alarma y escuchó los latidos de su bebé.
87. Para el 17 de febrero de 2019, **Cristal** presentaba 40 semanas de gestación. Alrededor de las 15:00 horas, detectó disminución de los movimientos fetales, así como un sangrado al orinar, por lo que se trasladó al HMIT e ingresó cerca de las 17:00 horas, sin que personal del área de Urgencias le practicara la primera valoración (Triage). **Gustavo** intentó ingresar a la consulta con **Cristal**, pero se le negó el acceso.

88. **Cristal** fue revisada por la doctora Norma Graciela Hernández Bravo, quien le comentó que la falta de movimiento del bebé era porque estaba en un estado de *“hipersueño”* y que se detectó que los signos vitales de la bebé bajaban y subían, ya que *“las máquinas están bien locas”*, refiriéndose a los instrumentos que utilizó para verificarlos. La médica en ningún momento interrogó a **Cristal** respecto de la presencia de contracciones. Toda vez que la doctora Norma Graciela Hernández Bravo solo cuenta con la licenciatura como médico cirujano y homeópata, fue el médico David Fernando Esparza Alpízar quien le practicó “el tacto” a **Cristal** y le señaló que *“tenía 2 centímetros de dilatación y que todo iba bien”*, razón por la que, entre ambos médicos, se decidió su egreso del nosocomio. La doctora Norma Graciela asentó en su nota médica que indicó a **Cristal** que regresara dentro de las siguientes 4 a 6 horas; pero dicha nota no cuenta con la firma de **Cristal**, en comparación con las de sus anteriores consultas, por lo que no existe certeza de que a ella se le hizo del conocimiento que debía volver en ese tiempo.
89. En la madrugada del 18 de febrero de 2019, **Cristal** presentó fuertes contracciones, por lo que acudió nuevamente al HMIT. Llegó al hospital a las 07:47 horas; de la valoración a su ingreso, se asentó en la Hoja de Triage dos criterios en semáforo rojo, lo cual amerita atención médica en corto tiempo, sin embargo, fue aproximadamente hasta las 08:40 horas (casi 1 hora después) que una médica del área de urgencias revisó a **Cristal**, quien le indicó que se encontraba en trabajo de parto en fase latente; sin embargo, le explicó que no percibió frecuencia cardíaca fetal y que era probable que el producto fuera óbito. Dentro del expediente clínico remitido a esta CDHCM no obra nota médica al respecto, no obstante, se identificó esta constancia a partir de la consulta que personal de este Organismo realizó al expediente electrónico en el HMIT.
90. Alrededor de las 09:32 horas, personal del hospital le practicó a **Cristal** un ultrasonido, confirmando que su hija había fallecido. En el expediente clínico tampoco consta nota alguna de este estudio o de sus resultados, pero personal de este Organismo tuvo conocimiento de él luego de la consulta formulada al expediente electrónico en el HMIT.
91. **Cristal** permaneció en progresión del parto de las 9:40 a las 17:00 horas, mientras que el monitoreo de su condición de salud se realizó cada una o dos horas. Resalta que el consentimiento informado que se le entregó a **Cristal** a su ingreso únicamente tiene asentado su nombre, pero no su firma, por lo que no existe certeza de que ella tuvo conocimiento de su contenido.
92. Cerca de las 10:00 horas, personal médico valoró nuevamente a **Cristal** y determinó que contaba con ruptura franca de membranas, y con actividad uterina irregular, por lo que se le suministró oxitocina para la conducción de trabajo de parto. No consta en el expediente clínico, consentimiento informado

respecto de la aplicación de este medicamento o explicación de qué tipo de medicamento era, ni los posibles riesgos de su uso.

93. Aproximadamente a las 10:00 horas, a **Gustavo** se le informó del estado de salud de **Cristal** y la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, cuando personal médico le indicó que el producto era óbito y que **Cristal** estaba en progresión de parto. **Gustavo** cuestionó respecto de la posibilidad de practicarle a **Cristal** una cesárea, debido a que la bebé había fallecido, pero los médicos le dijeron que no, argumentando que dicho procedimiento tiene mayores riesgos. Además, los médicos responsabilizaron a **Gustavo** de lo sucedido con la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, por no regresar en las 4 a 6 horas que supuestamente, la médica les señaló el día anterior.
94. Alrededor de las 11:30 horas, **Gustavo** ingresó a ver a **Cristal**, a quien observó que se quedaba dormida y no hablaba con claridad, situación que le causó temor, preocupación y angustia, ya que ella le refirió que le dolía mucho el estómago y que veía puntos blancos.
95. Físicamente, **Cristal** sentía mucho dolor y comenzaba a “*ver luces*”, situación que dio pauta a que solicitara que le practicaran una cesárea; sin embargo, personal médico le señaló que, de hacerlo, le sería imposible tener más hijos. En lo emocional, **Cristal** estaba muy triste, situación que se agravó en razón de que, mientras esperaba el parto, se le colocó en un espacio con otras mujeres en víspera del nacimiento de sus hijos e hijas.
96. **Gustavo** preguntó en diversas ocasiones al personal médico por el estado de salud de **Cristal** e intentó obtener información en relación a los posibles riesgos de que mantuviera al producto óbito en el vientre y no se considerara la cesárea. Al darle respuesta, personal médico sostuvo que, de practicarle dicha intervención quirúrgica, se corría el riesgo de hemorragia, infección o que no resistiera la anestesia. Por otro lado, se le mencionó que las causas del fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** eran desconocidas, por lo que debía esperar a que fuera el parto, pues “*no eran adivinos*”. Aunado a esto, recibió comentarios hostiles de personal de trabajo social como “*¿no entendiste lo que te dijo el médico?*”.
97. De acuerdo a lo mencionado por **Cristal**, durante el turno vespertino, el médico tratante le indicó que había otra situación de emergencia y que debido a que el bebé de esa mujer aún vivía, se le atendería primero. Fue hasta las 17:00 horas, que personal médico determinó que a **Cristal** se le practicaría una cesárea, en razón de un periodo expulsivo prolongado. **Cristal** narró que, previo a la intervención quirúrgica, un médico colocó sus dos manos en su vientre y empezó oprimirlo para que expulsara a la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** (maniobra de *Kristeller*), sin que esto diera resultado.
98. Tras la revisión presencial del expediente electrónico, personal de esta CDHCM, identificó que, respecto al tiempo en que **Cristal** se encontró en

progresión del parto (casi 8 horas), no se observaba en el expediente clínico una descripción médica de su condición de salud, o bien, alguna nota que describa los motivos por los cuáles, finalmente, se decidió intervenirla quirúrgicamente. Esto es importante debido a que **Cristal** y **Gustavo** narraron que dicha decisión derivó de una infección grave que se generó al mantener el producto óbito en el vientre de **Cristal**.

99. Para la cesárea, a **Cristal** se le colocó anestesia sin que firmara el consentimiento correspondiente. En similitud, en el expediente clínico no se observa la hoja de consentimiento informado en donde se le expliquen los riesgos y beneficios de una intervención de esa naturaleza; no obstante, sí existe constancia de que el doctor Óscar César Sánchez Islas solicitó la autorización de la hermana de Cristal para realizar la cirugía, ya que, en ese momento, **Gustavo** se encontraba en la Agencia del Ministerio Público intentando presentar una denuncia, misma que no concluyó para volver al hospital.
100. Aproximadamente a las 17:20 horas, a **Cristal** se le practicó la cesárea. Ella solicitó que se le hiciera de manera horizontal, recibiendo como respuesta que *“ahí no era un hospital particular”*. Se obtuvo feto de sexo femenino, con presencia de *caput succedaneum*, placenta calcificada y líquido meconial. A **Cristal** le encontraron el útero y sus anexos edematizados y cruentos. A criterio de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, la insuficiencia placentaria no detectada a tiempo provocó el sufrimiento fetal agudo que presentó la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**.
101. Al concluir la cesárea, **Cristal** solicitó que le mostraran a la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, a lo que el personal médico accedió por escasos minutos, de una forma que percibió como de molestia y sin permitirles un momento privado para ellas. Personal del nosocomio emitió el certificado de muerte fetal, estableciéndose que la causa de muerte fue *“interrupción de la circulación materno-fetal.”*
102. A las 18:20 horas, **Cristal** ingresó a la sala de recuperación, en donde se encontró con otras mujeres que tenían a sus bebés cerca, situación que definió como traumática; además, ahí se vio obligada a hablar de los hechos reiteradamente, ya que, con el cambio de turno, personal médico y de enfermería constantemente la cuestionó con frases como *“¿dónde está tu bebé?”*, o se referían a ella como *“la del óbito”*, agudizado la tristeza y enojo que sentía. Personal médico la culpabilizó del fallecimiento de su hija, con comentarios como *“todo lo que está pasando es tu culpa, si le hubieras hecho caso a la doctora, no estarías en esta situación”*.
103. El 19 de febrero de 2019, **Cristal** presentó incremento de leucocitos, lo que ameritó que permaneciera en el nosocomio hasta el 21 de febrero de ese año. En la nota de egreso no se detalló el estado de salud de **Cristal** desde su

ingreso hasta su salida del hospital materno, ni se observa esta información en las notas diarias de atención.

104. Esta CDHCM documentó que no hay registro de las entradas y salidas de **Cristal** del nosocomio en las diversas fechas en las que acudió e incluso, la Directora del hospital explicó que no necesariamente se debe contar con ese registro. En suma, es relevante señalar que este Organismo solicitó en dos ocasiones copia certificada y completa del expediente clínico, sin que éste fuera entregado íntegramente.
105. El 21 de marzo de 2019, el Comité de Mortalidad Materna y Perinatal del HMIT determinó que, en el caso de **Cristal**, el personal médico no se apegó a las Guías de Práctica Clínica en la praxis diaria. Por otro lado, en la sesión realizada el 05 de abril de 2021, el Comité para la Prevención, Estudio y Seguimiento de la Mortalidad Materna Perinatal refirió que el 7 de febrero de 2019, debió haberse realizado un ultrasonido para completar el perfil biofísico de **Cristal**, desconociendo los motivos por los cuales no se practicó; además, se indicó que en las notas medicas se omitió precisar la hora en que **Cristal** tuvo la ruptura de membranas, aunado a que no hay una nota preoperatoria para ver el motivo de la cesárea, por lo que concluyó que existen omisiones en la información asentada en el expediente clínico.

- **Fiscalía General de Justicia**

106. El 19 de febrero de 2019, **Gustavo** se presentó en la Agencia Investigadora TLH-2 de la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Tláhuac de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (en adelante, FGJ), sitio donde presentó denuncia por el delito de homicidio culposo, con motivo de los hechos acontecidos en el HMIT de la SEDESA. Posteriormente, en junio de 2019, esta carpeta se remitió a la unidad C-1 Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos.
107. El 20 de febrero de 2019, la Policía de Investigación emitió un informe, en el que señaló que el cadáver de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** presentó ligadura en su cordón umbilical. Por su parte, en esa misma fecha, el Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses del Poder Judicial de la Ciudad de México, emitió el dictamen de necropsia en el cual se determinó que la causa de muerte de la hija de Cristal era desconocida, antes llamada congestión visceral generalizada. Ante tal imprecisión, el 9 de marzo de 2019, se emitió una ampliación de la necropsia, en donde se asentó que la causa de muerte fue asfixia *neunatorum*, por lo que se modificó el certificado de muerte fetal. Asimismo, se encontró en los estudios patológicos, la presencia de líquido amniótico meconial en los pulmones.
108. Es oportuno destacar que la opinión médica emitida por personal de esta CDHCM, advierte que debido a que no se preservó la placenta por el nosocomio, y tampoco fue requerida por el personal de la FGJ que realizó el

levantamiento de cuerpo, la necropsia se encuentra incompleta, considerando esto de relevancia ya que, como previamente se mencionó, dentro de los hallazgos de la cesárea se encontró placenta calcificada, lo que pudo ser el origen del sufrimiento fetal agudo que afectó a la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**.

109. Respecto de la carpeta de investigación, de acuerdo a la revisión realizada por personal de este Organismo, se identificó la práctica de diligencias como la obtención de informes de policía de investigación, la recopilación de los expedientes clínicos, entrevistas a la denunciante y testigos, la emisión de un dictamen pericial, la solicitud de información relacionada con las personas que intervinieron en la atención médica de **Cristal**, entre otras, (en su mayoría practicadas en 2019). Este Organismo constató que la SEDESA tampoco remitió el expediente clínico completo a la autoridad ministerial. Por otro lado, fue hasta 30 meses después de que se inició la carpeta, que el Ministerio Público solicitó un peritaje en Ginecología y Obstetricia al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y pasaron 31 meses para que se emitiera un dictamen en medicina forense.
110. En agosto de 2022, la carpeta de investigación se turnó a la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares del Procurador con propuesta de no ejercicio de la acción penal, misma que no se aprobó, en razón de que dicha Coordinación consideró que el Ministerio Público no se pronunció respecto del homicidio culposo, ni solicitó opinión médica respecto a la atención médica brindada a **Cristal** el 18 de febrero de 2019, así como por la inadecuada calificación del hecho. Finalmente, el 28 de febrero de este año, después de 48 meses (más de 4 años) de ocurridos los hechos, se determinó el no ejercicio de la acción penal de la carpeta, el cual le fue notificado en agosto de 2023.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

111. Por todo lo anterior, personal de la Dirección de Atención Psicosocial adscrito a la CDHCM emitió el Informe de Impactos Psicosociales sobre Violencia Obstétrica y Mortalidad Infantil, en el cual concluyó que **Cristal** y **Gustavo** presentan afectaciones en su salud psicofísica, en sus esferas familiar, académica, económica, social y comunitaria, así como en su sistema de creencias y proyecto de vida, situaciones que continúan presentes.
112. Particularmente, en la esfera familiar, **Cristal** y **Gustavo** muestran daño en su estado de ánimo, lo cual los ha llevado a discusiones y conflictos, así como a disminuir su comunicación. Además, se modificó su proyecto de pareja y familia, ya que se imaginaban compartiendo momentos al lado de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** y el **[Niño Víctima Indirecta 2.]**
113. La muerte de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** implica para ellos un proceso de duelo y de alteración de su proyecto de vida, sobre todo, en relación a la renuncia de la expectativa que tenían respecto al ejercicio de su

maternidad y su paternidad, así como por la modificación irreparable del proyecto de pareja y familia que forjaron en conjunto a raíz de la noticia del embarazo.

Caso 2 Expediente CDHDF/III/122/TLAH/19/D2544

Víctimas Directas:

Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)
[Recién Nacido Víctima Directa 4]

Víctimas Indirectas:

Yair Armando Frías Rivera, (Víctima Indirecta 3)
[Niño Víctima Indirecta 4]
[Niña Víctima Indirecta 5]

114. **Stephanie** y **Yair** son pareja desde hace aproximadamente 12 años. Son padres del **[Niño Víctima Indirecta 4]**, la **[Niña Víctima Indirecta 5]** y el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**. Cuando se enteraron de que **Stephanie** se encontraba embarazada del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, todo el núcleo familiar se sintió ilusionado; particularmente para **Stephanie** y **Yair** representó la culminación de su proyecto de familia. Ellos llevaron su atención prenatal, principalmente, de manera particular.

- **Hospital General de Tláhuac “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua”**

115. El 9 de febrero de 2019, **Stephanie** ingresó al Hospital General de Tláhuac de la SEDESA (en adelante HGT), al presentar prurito nocturno y cefalea, donde se diagnosticó con probable colestasis intrahepática, por lo que ingresó a la unidad de tococirugía para la práctica de varios estudios, con el fin de confirmar o descartar ese diagnóstico. Ese mismo día, **Stephanie** solicitó su alta voluntaria, pues el personal del hospital le señaló que no contaba con los aparatos para realizarle un ultrasonido ni los estudios que requería, por lo que le sugirieron practicárselos externamente.

116. Dos días después, es decir, el 11 de febrero de 2019, **Stephanie** acudió nuevamente al referido nosocomio al continuar presentando dichos síntomas, junto con la presencia de contracciones. Ahí, personal médico determinó, que cursaba con amenaza de parto pretérmino. Por lo anterior, se decidió su ingreso para valoración y se le proporcionó tratamiento de esquema de maduración pulmonar. Horas después, **Stephanie** remitió la actividad uterina y se encontró sin cambios cervicales respecto a su ingreso, por lo que se indicó mantenerla en vigilancia. Si bien se ordenó nuevamente la práctica de los estudios para el diagnóstico de probable colestasis intrahepática que se asentó desde el 9 de febrero de 2019, se desconoce si le fueron practicados, ya que éstos no constan en el expediente clínico remitido por el HGT a este Organismo.

117. Desde esa fecha, personal del nosocomio señaló como antecedente de importancia que **Stephanie** tiene un grupo sanguíneo A-, lo cual debió considerarse, diagnosticarse y tratarse para mejorar el pronóstico al nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, ante la probable incompatibilidad de Rh entre el producto y la madre. En ese aspecto, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM señaló que, ante la posibilidad de incompatibilidad de la madre con el feto, los médicos debieron interrogar con mayor precisión si le fue aplicada a **Stephanie** la vacuna anti D, así como realizar pruebas de detección de sensibilización a Rh. Además, el personal médico del HGT debió realizar los estudios necesarios o, en su caso, referir a **Stephanie** a un hospital que sí contara con la infraestructura e insumos para tales efectos. Si bien personal médico solicitó una ultrasonografía con flujometría Doppler, la longitud cervical, el perfil de TOCH IgG e IgM y la prueba COOMBS Indirecta, no se observan en el expediente clínico remitido a la CDHCM, los resultados de los mismos.
118. El 12 de febrero de ese mismo año, personal del nosocomio le entregó a **Stephanie**, una hoja de referencia para la práctica de los estudios de panel viral y paraclínicos, en razón de que el hospital no contaba con ellos, sin embargo, no se precisa el hospital donde sería recibida. Para el 13 de febrero, **Stephanie** fue dada de alta, momento en el que una doctora le recomendó a un especialista en embarazos de alto riesgo que laboraba en la institución, de nombre Omar Espinosa, quien cuenta también con un consultorio particular en las inmediaciones del referido hospital.
119. Por lo anterior, **Stephanie** continuó su atención en el consultorio particular del doctor Omar Espinosa, quien además de la práctica privada, trabaja en el HGT, en donde, desde el primer momento, el médico le dijo que no tenía los instrumentos necesarios en el HGT y, le indicó la realización de estudios específicos, los cuales implicaron un costo de \$4,000.00 pesos mexicanos.
120. La tercera semana del mes de marzo, **Stephanie** comenzó a presentar contracciones, motivo por el que contactó al doctor Espinosa, el cual le recetó un medicamento y la citó con posterioridad. Para el 28 de marzo de 2019, el doctor Omar Espinosa la programó para cesárea en el HGT, para lo cual le solicitó que se presentara a las 8:00 horas de la mañana, rasurada de la zona púbica, sin desodorante, perfume, aretes, ni barniz en las uñas y le requirió la compra de material con un amigo suyo.
121. El 28 de marzo de 2019, **Stephanie** se presentó al referido nosocomio, con 34.6 semanas de gestación y actividad uterina irregular. **Yair** solicitó que le permitieran el acceso para acompañarla, pero el personal de seguridad no lo permitió, indicándole *“ellas pasan solas”*.
122. El médico Omar Espinosa Saavedra revisó a **Stephanie** y reiteró el antecedente de hemotipo A-. Su diagnóstico fue *“amenaza de parto”*

pretérmino, pródromos de trabajo de parto, borramiento del 30% y compromiso de histerorrafia". Asimismo, indicó que se le practicaría un registro tococardiográfico, cuyos resultados no fueron agregado al expediente clínico que se envió a esta Comisión de Derechos Humanos.

123. En la opinión médica realizada por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, se señaló que personal del hospital debió retomar el antecedente de probable incompatibilidad a Rh y realizarle a **Stephanie** estudios de laboratorio previo a la cesárea, así como considerar la posible referencia a un hospital que contara con lo necesario para atender al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**. Asimismo, este Organismo documentó que, de acuerdo al expediente clínico, se solicitaron otros estudios como biometría hemática, grupo sanguíneo y tiempo de coagulación, pero éstos no obran en la copia certificada del expediente remitido a esta CDHCM.
124. Durante su espera, a **Stephanie** le fueron practicados varios tactos vaginales, situación que la hizo sentir desconcertada e incómoda.
125. Cuando **Stephanie** estaba lista para la cesárea, el doctor Omar Espinosa solicitó a los médicos residentes que se encargaran de la intervención quirúrgica, ya que *"se iba hacer cargo de otra paciente que iba recomendada."* Al respecto, **Yair** interrogó al personal del nosocomio de lo anterior, contestándole que la persona recomendada era familiar de una persona trabajadora en la SEDESA que era jefe de todos, conversación que consta en una videograbación realizada por **Yair**. Esto generó en **Stephanie** incertidumbre e inseguridad, pues era el doctor Omar quien conocía el seguimiento prenatal y la condición específica de su bebé y a quien había pagado de forma privada para su atención.
126. Así, a las 11:00 horas, a **Stephanie** se le practicó la cesárea y el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** nació a las 11:26 horas, calificándose con *Apgar* bajo y *Silverman* alto, así como con datos de ingesta de meconio; todas estas situaciones ameritaron que el médico pediatra le administrara dos ciclos de presión positiva, respondiendo favorablemente. Personal médico de la CDHCM señaló que, en las notas de atención de la cesárea, no se asentaron los signos vitales con los que nació.
127. **Stephanie** escuchó llorar mucho a su bebé, por lo que preguntó qué sucedía, respondiéndole el médico pediatra que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** había nacido con *Apgar* bajo. **Stephanie** no entendió dicho concepto, por lo que solicitó que le explicara qué significaba, recibiendo como respuesta *"no tengo tiempo de estarle contestando, deje de estar molestando al personal, están atendiendo a otros pacientes, no es un hospital particular para que estén al pendiente solamente de usted"*, esto provocó en ella angustia e impotencia. En cuanto a **Yair**, el médico pediatra salió a darle informes, diciéndole que ya había nacido el bebé con *Apgar* bajo y *Silverman* elevado, lo que era grave,

motivo por el cual lo mandaría al área de pediatría. **Yair** le solicitó al médico que le explicara los términos médicos y cuestionó respecto de la gravedad de la condición del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** y de la necesidad de que fuera atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, recibiendo como respuesta “*el médico soy yo*” pidiéndole a **Yair** que esperara a que nuevamente salieran a darle informes, generándole sentimientos de confusión, incertidumbre y desconcierto.

128. En esa misma intervención quirúrgica, a solicitud de **Stephanie**, se le practicó una oclusión tubárica bilateral. Después fue pasada al área de recuperación y, finalmente, el 29 de marzo de 2019, fue dada de alta y egresó del nosocomio.

- **Recién Nacido Víctima Directa 4**

129. Desde el momento de su nacimiento, personal médico refirió que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** probablemente tenía incompatibilidad a RH y se le diagnosticó con asfixia perinatal. Pese a lo anterior, el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** permaneció en el área de pediatría del HGT, en razón de que no había neonatólogo en turno.

130. Por lo que hace a la asfixia perinatal, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM concluyó en su Opinión Médica del caso, que de acuerdo al expediente médico con el que cuenta esta Comisión este diagnóstico no fue documentado correctamente, ya que durante la estancia del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en el nosocomio no se asentaron signos de dificultad respiratoria, no se describen hallazgos radiológicos que lo confirmaran y, de ser el caso, tampoco se proporcionó tratamiento específico. Asimismo, la propia SEDESA indicó a esta Comisión a través del resumen clínico de la atención recibida por el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, que éste sufrió un evento agudo de hipoxia perinatal por compromiso de histerorrafia, mismo que no es catalogado como asfixia perinatal.

131. Por otro lado, se observó en la gasometría que le fue practicada al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, al momento de su nacimiento, que tenía anemia, misma que fue tratada hasta 23 horas después. En relación al riesgo de enfermedad hemolítica, no se encontró en el expediente médico consultado por este Organismo, que se le hubieran practicado los estudios de laboratorio que requería.

132. En el transcurso de ese día, **Yair** buscó apoyo médico y de personal de enfermería para su hijo el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, pero de acuerdo con lo señalado por él, le hicieron comentarios como “*no está el médico en turno, como es poco lo que les pagan, prefieren no venir*”, “*tú no me vas a venir a decir cómo hacer mi trabajo*”, “*ustedes también deberían de saber que hay veces que no tenemos ni pediatra, porque no todos tenemos base y tenemos mucho trabajo*”, o “*no van a encontrar a un médico las 24 horas, como*

lo es en el ámbito privado”. Fue tal la falta de vigilancia y atención al estado de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, que **Yair** logró documentar por videograbaciones, el deterioro del estado de salud de su hijo y las conversaciones sostenidas con personal del multicitado hospital en las que solicitó apoyo. También pidió el traslado de su hijo a otro nosocomio, pero por las condiciones de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, le dijeron que no era lo adecuado. Todo esto generó en **Stephanie** y **Yair**, sentimientos de indefensión y vulnerabilidad.

133. El 29 de marzo de 2019, aproximadamente a las 12:30 horas, el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del mismo HGT, donde la médica María de Lourdes Jiménez Cárdenas lo valoró, en razón de que se encontraba en mal estado general y con ictericia importante debido a hiperbilirrubinemia, situaciones que ameritaron el inicio de fototerapia. En ese momento, se informó que posiblemente requería exanguinotransfusión, pero no habría neonatólogo en el turno nocturno, ni equipos para medir la tensión arterial. Aunado a ello, en esa fecha, se solicitaron diversos estudios de laboratorio, como pruebas de funcionamiento hepático, COOMBS directo, perfil cardiaco, función renal, electrolitos séricos, hemocultivo, gasometría venosa y biometría hemática, pero tardaron en ser procesados, aunado a que se desconoce si éstos realmente se realizaron ya que no se encontraron los resultados e interpretaciones en el expediente clínico.
134. Personal médico de esta CDHCM observó que, por lo que hace a la hiperbilirrubinemia que presentó el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, no se le proporcionó un diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que se le brindó fototerapia hasta 36 horas después de su nacimiento, cuando ya presentaba valores muy altos de bilirrubina, mismos que ocasionaron daño neurológico.
135. El 30 de marzo de 2019, se corroboró que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** cursaba con incompatibilidad a Rh y que presentaba datos clínicos de lesiones neurológicas, así como crecimiento de hígado y bazo, por lo cual se solicitó sangre total reconstituida para la práctica de la exanguinotransfusión, pero no se contó con el recurso y se proporcionó una que no cumplía con lo solicitado en relación con el requisito máximo de tiempo para su uso después de la extracción y preparación, pero ante la urgencia de la condición de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, fue utilizada para llevar a cabo el procedimiento de exanguinotransfusión, iniciando a las 18:45 horas y concluyendo a las 22:35 horas.
136. En ese orden de ideas, la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM determinó que dicho procedimiento no fue oportuno, toda vez que se realizó más de 32 horas después de su nacimiento y, además, no se practicó con un producto hemoderivado idóneo, ya que es ideal que la sangre sea utilizada dentro de las 24 horas desde su preparación o, en todo caso, en

un plazo menor a 5 días del momento en el que fue extraído el concentrado para que no pierda funcionalidad.

137. De manera posterior, de acuerdo con la información consultada, se tomaron estudios de laboratorio que arrojaron algunos parámetros de mejora, pero concluyeron que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** contaba con encefalopatía hipóxico isquémica y que tenía un alto riesgo de daño neurológico, por lo que se requería la toma de algunas radiografías, pero no había personal en servicio de imagen para realizarlas.
138. Personal médico de esta CDHCM señaló que, si bien el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el 29 de marzo de 2019, la primera nota de indicaciones de ese servicio era del 30 de marzo, lo que denota un retraso importante en la atención que le fue brindada. Tan es así que, hasta esa fecha, por medio de estudios clínicos, se confirmó que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** tenía una enfermedad isoimmune por incompatibilidad a Rh, por lo cual se solicitó de emergencia la sangre total reconstruida.
139. Para el 31 de marzo de 2019, se reportó al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** con estado de salud grave, con fiebre de difícil control y edema generalizado. Durante la jornada nocturna, no había médico neonatólogo por lo cual, la misma neonatóloga que lo atendió en el turno previo, cubrió esa guardia.
140. En la mañana del 1° de abril de 2019, las condiciones del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** presentaron ligera mejoría; no obstante, por la tarde, presentó un deterioro sustancial en su tensión arterial y frecuencia cardiaca, concluyendo en su fallecimiento a 15:05 horas, al presentar paro cardiaco irreversible. En el expediente clínico consultado por esta Comisión no obran notas de fallecimiento, lo que implica que se desconocen las circunstancias en que este ocurrió, la identidad del personal médico que lo atendió, así como las maniobras realizadas para revertir el paro. Esto es concordante con lo narrado por **Stephanie** y **Yair**, quienes comentaron que cuando les notificaron el fallecimiento de su hijo el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, **Yair** preguntó a la enfermera que si en el momento en que su bebé había tenido el paro respiratorio se encontraba algún médico para atenderlo, a lo cual contestó que no había quién lo atendiera.
141. En el Certificado de Muerte Fetal del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, el doctor José Rafael Parra Bravo asentó como causa del fallecimiento, “*choque mixto, sepsis neonatal, aspiración de meconio y asfixia al nacimiento.*”
142. El 3 de abril de 2019, es decir, dos días después del fallecimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** y cinco después de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la doctora María Teresa Valdovinos Ponce emitió la nota médica de ese ingreso. Esta CDHCM documentó que, durante

esos días, no funcionaba el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH) del nosocomio, por lo cual las notas médicas carecen de registro oportuno, observándose incluso algunas manuscritas. Además, la mayoría de las notas médicas fueron elaboradas con fecha posterior a la que se valoró al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** lo cual era importante en la toma de decisiones terapéuticas oportunas y adecuadas.

143. No escapa del conocimiento de esta CDHCM que los formatos de Consentimiento Informado del Paciente para Procedimiento y Tratamiento no contienen el nombre completo y la firma de las personas que fungieron como familiar responsable y testigos, así como la firma del médico tratante, aunado a que no especifican qué actos o procedimientos se aplicarían ni sus posibles riesgos.

144. Por estos hechos, recientemente, Stephanie y Yair presentaron una denuncia en la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, por lo que se encuentra en integración la carpeta correspondiente.

- **Impactos psicosociales en su proyecto de vida**

145. La Dirección de Atención Psicosocial de esta Comisión elaboró una Valoración de Impactos Psicosociales en la cual se determinó que estos hechos generaron en **Stephanie** y **Yair** afectaciones a su ámbito de salud psicoemocional y física, en sus esferas familiar, laboral, económica, educativa, social y comunitaria, así como a su sistema de creencias y proyecto de vida, mismas que persisten hasta la actualidad.

146. La muerte del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** representó para **Stephanie**, **Yair**, el **[Niño Víctima Indirecta 4]** y la **[Niña Víctima Indirecta 5]**, una situación inesperada, súbita, incontrolable y dolorosa, para la cual no estaban preparados. Ésta dio pauta a la modificación de su esfera familiar, pues la relación de **Stephanie** y **Yair** se ha enfrentado a muchos conflictos y discusiones, lo cual ha afectado la comunicación que sostienen, ya que cada uno se ha enfocado en lidiar con el dolor.

147. Su proyecto de vida también se dañó seriamente, en razón de que **Stephanie** tenía la expectativa de compartir la crianza y cuidados de sus hijos e hija con su pareja **Yair**, representando la pérdida del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** una afectación significativa a su sentido de la vida. Por cuanto hace a **Yair**, él tornó por completo sus expectativas en relación a la paternidad que había proyectado.

V.3 Caso 3: Expediente CDHDF/III/122/VC/20/D0318

Víctima Directa:

Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)

Víctimas Indirectas:

Raymundo Méndez Rosas, (Víctima Indirecta 6)

[Niña Víctima Indirecta 7]

[Adolescente Víctima Indirecta 8]

[Mujer Víctima Indirecta 9]

Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)

148. Para 2018, **Fabiola Morales Moreno** y **Raymundo Méndez Rosas** tenían 24 años de casados. Su familia se componía por sus hijos **Raymundo Méndez Morales** y el **[Adolescente Víctima Indirecta 8]**, así como por su hija **la [Mujer Víctima Indirecta 9]**, caracterizándose por ser unidos y tener buena comunicación. La noticia del embarazo de **Fabiola** generó en todo el núcleo familiar emoción y alegría.

- **Hospital Materno Infantil Inguarán**

149. El 24 de julio de 2018, a las 14:27 horas, **Fabiola** quien se encontraba cursando un embarazo acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán (en adelante, HMII) de la SEDESA con dolor tipo cólico y presencia de flujo. Ahí se le revisó hasta las 15:22 horas por personal del servicio de Urgencias, el cual determinó que tenía movimientos fetales disminuidos, asentándose en Hoja de Triage como código amarillo. Por tanto, ingresó al servicio de Tococirugía con diagnóstico de *“38.6 semanas de gestación, ganancia ponderal de peso, actividad uterina esporádica y movimientos fetales presentes.”* Se encontró con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, 4 centímetros de dilatación, 30% de borramiento y trabajo de parto en fase activa.

150. **Fabiola** permaneció en vigilancia de trabajo de parto de las 15:30 a 20:00 horas. Durante ese lapso, siendo las 18:00 horas, de acuerdo a la información que obra en el expediente clínico consultado por esta Comisión, **Fabiola** presentó ruptura de membranas y a las 18:33 horas le fue suministrada oxitocina, sin embargo, los datos de uso no fueron debidamente asentados en el partograma. De la misma información revisada, se encontró que a las 20:00 horas, no se documentaron los signos vitales maternos, la actividad uterina, ni el registro de la aplicación de medicamentos, y de igual forma, no se continuó con el registro en tiempo posterior. A las 20:30, le fue aplicada anestesia obstétrica, consistente en bloqueo peridural; sin embargo, media hora después, **Fabiola** manifestó dolor intenso, así como presencia de náuseas y frío. Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, documentó que pese a que el estado de salud de **Fabiola** sí fue

supervisado de las 20:30 horas al momento del nacimiento de su hija, dichas circunstancias no fueron debidamente asentadas en la hoja de partograma.

151. Cerca de las 21:00 horas, **Fabiola** pasó a quirófano ya con 10 centímetros de dilatación y el 100% del borramiento. Su hija [**Niña Víctima Indirecta 7**] nació a las 21:34 horas, vía vaginal.
152. Posterior al nacimiento, se identificó que **Fabiola** cursaba con atonía uterina prescribiéndose fármacos para remitirla, sin obtener respuesta favorable. En virtud de lo anterior, el personal médico del Hospital decidió realizar la activación del Código Mater al encontrarse con sangrado vaginal que no cesaba. Al respecto, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM observó que se activó el Código Mater después de brindar el manejo farmacológico para la atonía uterina que presentó **Fabiola** y no de forma inmediata, lo cual es erróneo, ya que, de acuerdo a la literatura médica, debe ser de manera paralela.
153. Posteriormente, el personal médico del HMII revisó el canal de parto, detectándose que **Fabiola** se encontraba con un desgarró cervical que ameritó sutura, el cual fue realizado sin éxito para erradicar el sangrado, por lo que se determinó la conveniencia de practicarle pinzamiento de arterias uterinas, sin embargo, **Fabiola** continuó con abundante sangrado y la detección de desgarró en canal de parto. Como atención adicional, se decidió la revisión manual de la cavidad uterina, encontrando restos placentarios, por lo que optaron por la colocación de Balón de *Bakri* como tratamiento a seguir. Al persistir con sangrados, se revisó el Balón de *Bakri*, encontrándose éste en cérvix e incompleto, lo que dificultó su colocación, por lo que se retiró y se volvió a practicar el pinzamiento de arterias uterinas. Otro factor a considerar es que en la sala de expulsión no se contaba con luz adecuada, ya que las lámparas no servían y no se contaban con valvas grandes para brindar una revisión integral. Momentos después, se activó, por segunda ocasión, el Código Mater, decidiendo la práctica de una laparotomía exploradora.
154. A las 23:14 horas del mismo 24 de julio, se le informó al señor **Raymundo Méndez Rosas**, que su esposa se encontraba grave y que ameritaba la práctica de una histerectomía, para lo cual le solicitaron la firma del consentimiento informado. Dicha situación, propició en **Raymundo** angustia, enojo, frustración, desconfianza e incertidumbre.
155. Desde los primeros minutos del 25 de julio, se solicitó a personal de Trabajo Social que realizara las gestiones para que se trasladara a **Fabiola** a un nosocomio que pudiera recibirla en el área de Terapia Intensiva; no obstante, en varios de ellos se comentó que no había espacio o simplemente no contestaron. Fue hasta la 1:10 horas, que el Hospital General Balbuena aceptó el traslado, pero solicitó que se les prestara un ventilador.

156. La intervención quirúrgica para la histerectomía concluyó cerca de las 2:00 horas del 25 de julio. Durante ésta se detectó que **Fabiola** persistía con sangrado vaginal, por lo que se realizó un empaquetamiento, colocando 6 compresas; sin embargo, no se logró determinar el sitio de origen. Tampoco se contó con material adecuado como especuloscopio y valvas largas para brindarle una revisión integral.
157. **Fabiola** ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del HMII, pasadas las 2:00 horas del 25 de julio, donde permaneció sin que se contara con médico especialista en el área, ni con medicamentos para brindarle protección cerebral que ameritaba, aunque se le suministraron otros medicamentos con efectos similares.
158. A las 6:55 horas, se activó nuevamente Código Mater, ya que se observó que **Fabiola** no presentó tensión arterial. Se determinó que persistía con sangrado moderado en el área vaginal y a las 7:50 am, se le practicaron unos estudios, determinando aumento de pruebas de función hepática y lesión renal.
159. Para realizar el traslado, tuvieron algunas complicaciones relacionadas a la falta de ventiladores disponibles, bomba de infusión y paquetes globulares, por lo que fue hasta cerca de las 9:30 horas que se logró el traslado de **Fabiola** al Hospital General Balbuena. Cabe señalar que se desconocen los motivos por los cuales se refirió hasta esa hora.
160. Respecto a la atención médica brindada en este nosocomio, la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo señaló que se observó falta de disponibilidad de recursos materiales y humanos en el hospital, las cuales causaron que la atención brindada no fuera adecuada. Asimismo, concluyó que el expediente clínico tiene deficiencias en su elaboración e integración, ya que se notó el uso de abreviaturas dentro del contenido de las notas, no se elaboró la nota médica inicial de Urgencias al igual que las notas postanestésicas y en algunas notas no se refirieron datos como el riesgo quirúrgico o si se enviaron o no muestras a estudio histopatológico. Adicionalmente, se encontró que la carta de consentimiento informado del paciente para procedimiento y tratamiento no especifica el acto que se autoriza, así como no señala los riesgos y beneficios de la intervención y tampoco cuenta con el nombre y firma del médico que brinda la información, aunado a que no existe un consentimiento para cada procedimiento anestésico y quirúrgico que se realizó.
- **Hospital General Balbuena**
161. A su llegada al Hospital General Balbuena, **Fabiola** ingresó al servicio de terapia intensiva, con activación de Código Mater, al observarse sin tensión arterial audible y se realizó ultrasonido abdominal, encontrando líquido libre en cavidad y separación renal hepática.

162. En las notas médicas del 26 de julio de 2018, a las 12:03 horas, se asentó que se le realizaron estudios de control, encontrando disfunción hematológica, disminución de plaquetas, alteraciones en el funcionamiento hepático y falla orgánica múltiple. A las 17:18 horas, **Fabiola** presentó disminución de hemoglobina, por lo que se sospechó de sangrado activo, solicitándose la práctica de una laparotomía exploradora. Para tal efecto, era necesario un ultrasonido abdominal, pero ante la falta del servicio en turno y ante la gravedad y urgencia, se programó la intervención quirúrgica sin este estudio.
163. A las 20:32 horas del 27 de julio de 2018, **Fabiola** ingresó a quirófano, encontrando sangrados abdominales, mismos que fueron reparados. También se observó que presentaba isquemia intestinal, por lo cual se programó una nueva cirugía para resección intestinal, misma que fue practicada al día siguiente.
164. El 30 de julio de 2018, se retiró la sedación que le fue suministrada a **Fabiola**, con la finalidad de realizar una ventana neurológica; sin embargo, en los días subsecuentes, presentó poca respuesta. Aunado a lo anterior, era necesario realizarle una radiografía de tórax, por presentar expansión de hemitórax derecho, pero de acuerdo al expediente clínico, no se contó con los insumos para la práctica.
165. El 1° de agosto de 2018, a **Fabiola** se le practicó una tomografía de cráneo sin datos de sangrado o lesión. Para el 3 de agosto, **Fabiola** mostró taquipnea, por lo que se colocó ventilación mecánica, aunque persistió con dificultad para respirar.
166. Debido al desarrollo de un hematoma, el 5 de agosto, se le realizó a **Fabiola** una tomografía de abdomen y de pulmón, misma que reportó abdomen con escaso líquido perihepático, aumento de la densidad de la grasa, infiltrados laterales simétricos y síndrome de Distrés respiratorio severo.
167. Para el 8 de agosto de 2018, **Fabiola** presentó episodios de bradicardia, que lograron ser controlados tras al tratamiento médico. Posteriormente, se encontró que **Fabiola** presentaba lesión a nivel renal y se solicitó la continuidad de la monitorización de bilirrubinas.
168. En concordancia, el 9 de agosto, se le practicó un electrocardiograma que evidenció alteraciones a nivel gastrointestinal y aumento de bilirrubina, situación que requirió la toma de otra tomografía de abdomen para valorar vía biliar, misma que permitió identificar que **Fabiola** desarrolló vesícula de porcelana.
169. Asimismo, para atender sus diversas patologías, **Fabiola** requirió la trasfusión de concentrados eritrocitarios, sin embargo, el nosocomio careció de ellos.

170. Para el 12 de agosto de 2018, **Fabiola** desarrolló natas de fibrina en herida quirúrgica, por lo cual el personal médico propuso la colocación del sistema VAC para cierre de la herida, pero no se contó con los insumos necesarios para su implementación por lo que no se llevó a cabo. También se le detectó con cálculos biliares.
171. Al día siguiente, 13 de agosto, se encontró a **Fabiola** con malas condiciones generales, choques distributivo refractario, con elevación persistente de bilirrubinas y se le diagnóstico también colecistitis crónica agudizada, sin posibilidad de manejo quirúrgico ante las malas condiciones generales con las que cursó.
172. Para el 15 de agosto de 2018, se diagnosticó posibilidad de sangrado debido a que se encontró a **Fabiola** con plaquetas bajas y, además, se encontró preocupante su estado pupilar, por lo que se suspendió la sedación con la que se mantuvo para determinar su estado neurológico. Para tales efectos, se practicó una TAC de cráneo, cuyos resultados evidenciaron una hemorragia intraparenquimatoso y edema cerebral severo, dando pauta para el inicio del protocolo de muerte encefálica. En aras de confirmar dicho diagnóstico, se le practicó un electroencefalograma, encontrando mínima actividad cerebral y midriasis de ambas pupilas.
173. El 19 de agosto de 2018, cerca de las 9:00 horas, **Fabiola** presentó taquicardia ventricular y paro cardiovascular, mismos que pese a realizarle reanimación avanzada no lograron contrarrestarse, trayendo como consecuencia su fallecimiento a las 9:31 horas.
174. El 20 de julio de 2021, la SEDESA informó a este Organismo que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) determinó que el expediente clínico iniciado en el Hospital General Balbuena tiene diversas irregularidades en su llenado.
175. El 17 de agosto de ese mismo año, se informaron los resultados del Dictamen Local por Factores Cruciales, elaborado por personal del Hospital Materno Infantil Inguarán, en el cual se asentó que no se activó oportunamente el Código Mater, que hubo un retaso en el diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, que se manejó inadecuadamente el estado de choque hipovolémico y que hubo falta de apego a la NOM-007-SSA2-2016 y a la NOM-004-SSA3-2012.
176. En este orden de ideas, la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión se pronunció respecto de la atención médica, afirmando que, si bien es cierto que se le brindó tratamiento a las patologías que **Fabiola** presentó durante su estancia hospitalaria (neumonía, colecistitis aguda, disfunción multiorgánica), se observó falta de disponibilidad de los recursos materiales y humanos, sin que esto influyera en las complicaciones que presentó. Aunado a lo anterior, precisó que, tras analizar la copia certificada

del expediente clínico, éste presentaba deficiencias en su integración y no cumple de manera completa con los requisitos señalados en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

- **Fiscalía General de Justicia**

177. El 7 de junio de 2019, **Raymundo Méndez Rosas** presentó una denuncia ante la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la FGJ-CDMX, por el delito de responsabilidad profesional atribuible al personal del Hospital Materno Infantil Inguarán, en la cual, entre otras actuaciones, se solicitó al Hospital Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional que emitiera un dictamen sobre la atención médica recibida por Fabiola en el HMII, mismo que concluyó que el expediente clínico no contó con hoja de vigilancia y que no se documentaron los medicamentos y materiales utilizados en el parto; sin embargo, en la atención médica no se encontró negligencia médica.
178. Asimismo, se emitió un dictamen por un perito médico forense adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la FGJ-CDMX, el cual determinó que no hubo elementos de mala práctica médica.
179. Por otro lado, se recabaron entrevistas del personal médico que atendió a **Fabiola** en el Hospital Materno Infantil Inguarán.
180. La Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos informó el 19 de julio de 2021, que la carpeta de investigación fue determinada como propuesta de Reserva, misma que se objetó por la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares del Procurador el 30 de ese mismo mes y año. En dicha objeción, se solicitó que la Fiscalía a cargo requiriera a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que emitiera un dictamen, requerimiento que el Ministerio Público realizó, recibiendo como respuesta de dicha Comisión que el documento a emitir no era útil para señalar alguna responsabilidad individual, por lo que el Ministerio Público no continuó con las gestiones.
181. Por ende, se propuso, por segunda ocasión, para archivo temporal, siendo aprobada por la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares del Procurador el 29 de abril de 2022, resolución que fue notificada hasta 14 meses después al señor **Raymundo Méndez**, situación que retrasó, durante ese tiempo, su posibilidad de, al recurrirla, obtener verdad respecto de lo ocurrido con Fabiola.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

182. La Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM elaboró una Valoración de Impactos Psicosociales al señor **Raymundo**, en la que se identificó que el embarazo de **Fabiola** generó en el núcleo familiar emoción y el diseño de un

plan de vida con la bebé. Para el señor **Raymundo** y su familia, la muerte de **Fabiola** representó una experiencia traumática, ya que eran una familia muy unida.

183. Particularmente para **Raymundo Méndez Rosas** significó la modificación del plan de crianza de sus hijos e hijas, en pareja. Por su parte, la dinámica familiar se modificó totalmente, e incluso, la comunicación y convivencia entre los miembros de la familia se fracturó.
184. Para sus hijos mayores, la **[Mujer Víctima Indirecta 9]** y **Raymundo Méndez Morales**, representó una modificación de sus roles en el hogar, ya que la necesidad económica los llevó a empezar a trabajar para apoyar a su padre. Actualmente, también tienen una labor más activa en las labores de casa y en la crianza de su hermano el **[Adolescente Víctima Indirecta 8]** y su hermana la **[Niña Víctima Indirecta 7]**.
185. Para sus hijos que se encuentran en la etapa de la niñez y la adolescencia, la **[Niña Víctima Indirecta 7]** y el **[Adolescente Víctima Indirecta 8]**, significó un daño en su desarrollo psicosocial y educativo, ante la imposibilidad de contar con el acompañamiento y crianza de su madre. Particularmente para el **[Adolescente Víctima Indirecta 8]**, la pérdida de su madre ha sido un evento insuperable ya que era muy cercano a ella.

V.4 Caso 4: Expediente CDHCM/III/121/VC/21/D1880

Víctimas Directas:

Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)
[Recién Nacido Víctima Directa 7]

Víctima Indirecta:

Alex Osvaldo Orea Ramírez, (Víctima Indirecta 11)

186. **Jimena Marisol** y **Alex** eran una pareja estable. Con el nacimiento de su primer hijo, el **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**, se encontraban expectantes ante el inicio de su proyecto de familia. En este sentido, **Jimena Marisol** llevó su control prenatal en el Centro de Salud T-III “Manuel Cárdenas de la Vega” de SERSALUD.

- **Hospital Materno Infantil Inguarán**

187. El 1 de abril de 2021, cerca de las 14:00 horas, **Jimena Marisol** acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán (en adelante, HMII), con un embarazo de término; ahí refirió cefalea, movimientos fetales disminuidos y tensión arterial irregular, situaciones que fueron documentadas en la hoja de Triage; sin embargo, de la revisión realizada a las 17:10 horas, y al no contar con emergencia obstétrica, el médico decidió que no era momento de su ingreso a la sala de parto del nosocomio, pero debido a que detectó actividad uterina

irregular, le señaló a Jimena que debía revisar periódicamente el bienestar del binomio, indicándole que regresara en unas horas.

188. Para las 22:09 horas de esa misma fecha, **Jimena Marisol** acudió de nueva cuenta al nosocomio, con 2 centímetros de dilatación, borramiento del 20% y trabajo de parto en fase latente. Fue atendida por la única médica que se encontró en turno, quien, al practicarle el tacto, encontró un líquido café; respecto del cual señaló que “*era normal*” y le sugirió a **Jimena Marisol** regresar posteriormente.
189. A las 23:35 horas, **Jimena Marisol** acudió nuevamente al nosocomio debido a que sentía fuertes dolores. La misma doctora la revisó, pero le solicitó que volviera después y que se practicara un ultrasonido por sus propios medios; aunque **Jimena Marisol** permaneció en las inmediaciones de dicho nosocomio, el personal del hospital no le realizó el ultrasonido. A las 1:54 horas del 2 de abril de 2021, **Jimena Marisol** tenía dolores cada vez más fuertes, por lo que insistió en que le brindaran atención médica; sin embargo, al reingresar al hospital, la misma médica del turno nocturno expresó “¿*otra vez tú?*”. **Jimena Marisol** le comentó que cada vez le salía más líquido café, que le dolía mucho el abdomen y lo sentía duro, y le reiteró que los movimientos habían disminuido, por lo que solicitó que le fuera practicada una cesárea. El procedimiento quirúrgico le fue negado, y la médica le solicitó que se retirara, ya que continuaba con los mismos centímetros de dilatación y el mismo porcentaje de borramiento. Cabe señalar que dicha servidora pública no evaluó la posible ruptura de membranas e, incluso, asentó en su nota médica que **Jimena Marisol** no contaba con ultrasonido, transfiriéndole la responsabilidad al respecto.
190. Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM refirió que en el Hospital Materno Infantil Inguarán, no se le ofrecieron todos los medios de diagnóstico para confirmar o descartar el ingreso hospitalario de **Jimena Marisol**, durante su asistencia constante al nosocomio. Asimismo, precisó que, en todas estas atenciones, Jimena fue clasificada en la hoja de Triage como código amarillo, mismo que amerita valoración médica dentro de los 15 minutos siguientes, según señalan las guías de práctica clínica, la cual no le fue proporcionada en ese tiempo.
191. Otra conclusión de relevancia es que las notas relacionadas a estas valoraciones, no cumplen con lo solicitado en la norma aplicable en la materia, ya que no se interrogó la presencia de contracciones uterinas, su intensidad, ni su frecuencia, así como tampoco se documentó la expulsión de mucosidad o sangre. En el mismo sentido, se encontró que no tienen hora de realización, los motivos de la atención, los signos vitales, el resumen del interrogatorio, ni la exploración física. Por su parte, la propia SEDESA, a través del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal determinó que en dichas atenciones no se realizó una consulta de urgencia con enfoque de riesgo.

192. Durante esa noche, Jimena no pudo dormir por las contracciones tan fuertes que presentaba. Por tal razón, por la mañana de ese 2 de abril, se dirigió nuevamente al nosocomio, arribando pasadas las 11:00 horas. Ahí reiteró que sentía dolor obstétrico y que percibía hipomotilidad fetal. A la exploración, se le encontró con frecuencia cardíaca de 134 latidos por minuto, con 4 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, con salida de tapón mucoso meconial, explicándole la médica que la atendió que ese líquido vaginal no era normal, por lo que le practicaría un registro tococardiográfico. En dicho estudio se observó que la frecuencia cardíaca fetal se encontraba en un solo nivel y no subía ni bajaba, por lo que se determinó como categoría 2.
193. En razón de lo anterior, se determinó el ingreso de **Jimena Marisol** a la Unidad de Tococirugía. En ese momento, les indicaron a sus familiares que se quedaría internada por riesgo del bienestar fetal. Asimismo, se cuestionó a **Jimena Marisol** respecto del porqué no había acudido antes, por lo cual la madre de su pareja se mostró molesta y le comentó a la doctora que, si hubieran recibido a Jimena en las diversas ocasiones en las que acudió el día anterior, nada de eso hubiera sucedido.
194. A su ingreso a la referida unidad, a **Jimena Marisol** le practicaron labores de reanimación intrauterina. Al respecto, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM precisó que debió realizarse el procedimiento llamado “lateralización materna”, para mejorar el flujo sanguíneo al útero; sin embargo, se desconocen las causas por las que no se realizó dicho procedimiento. Posterior a las labores de reanimación, se le practicó un nuevo registro tococardiográfico, con el fin de valorar nuevas indicaciones médicas, del cual se obtuvo el mismo resultado. Esto generó que, a las 14:30 horas, se determinara la necesidad de que practicar una cesárea, ante el alto riesgo de pérdida del bienestar fetal.
195. Personal médico de la CDHCM documentó que pese a las constantes referencias de hipomotilidad fetal de las revisiones de Jimena durante el 1° de abril de 2021, no se le realizaron registros tococardiográficos sino hasta 24 horas después, en los cuales se encontró como resultado un trazo II. Además, indicó que, con esos resultados, **Jimena Marisol** ameritó una vigilancia más estrecha, que el personal médico no proporcionó.
196. **Jimena Marisol** fue ingresada a quirófano después de transcurrir una hora con veinte minutos, es decir, a las 15:50 horas, ya que el personal atendió un parto y ese día, el hospital sólo contó con un anestesiólogo, un ginecólogo y un pediatra. No obra constancia en el expediente clínico de que entre las 14:56 horas y las 15:50 horas, se haya dado seguimiento al estado de salud de **Jimena Marisol** o se hayan practicado estudios complementarios para confirmar o descartar la probable pérdida del bienestar del binomio materno-fetal, pues incluso en el partograma, la última valoración de tensión arterial es a las 14:30 horas, mientras que a la hora de la cesárea mostró un aumento en

la misma, afectando la posibilidad de brindarle un diagnóstico y tratamiento oportuno.

197. Cabe señalar que el quirófano donde fue atendida **Jimena Marisol**, de acuerdo con la información con la que cuenta esta Comisión, no contaba con cardiotocógrafos ni con laringoscopio en carro rojo, por lo que se utilizó uno que pertenecía a otra área.
198. El **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** nació el 2 de abril de 2021, a las 16:18 horas, con *Apgar* y *Silverman* no valorables, dos circulares de cordón enredado en cuello, brevedad de cordón, sin líquido amniótico, bañado en meconio, sin esfuerzo respiratorio y con bradicardia. Fue recibido por el médico pediatra quien realizó reanimación avanzada, con dos ciclos de presión positiva sin obtener respuesta. Por lo anterior, se le colocó intubación orotraqueal, de la cual se obtuvo mejores resultados. Se tomó gasometría de cordón, con la cual se determinó que cursaba con acidosis severa, hipoxia severa y lactato alto. De acuerdo con las conclusiones a las que arribó el personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, el hecho de que no se asentó en el expediente clínico, la valoración *Apgar* al minuto de nacimiento, ni a los 5 minutos, no va acorde a lo que se encuentra establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*.
199. Al momento del nacimiento del **[Recién nacido Víctima Directa 7]**, **Jimena Marisol** no escuchó el llanto de su bebé y tampoco se le permitió que pudiera conocerlo, en razón de la gravedad en la que se encontró; situaciones que le causaron ansiedad y preocupación, misma que se exasperó cuando no le brindaron información inmediata de su condición de salud.
200. En cuanto a **Alex**, éste recibió informes del estado de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** hasta las 18:00 horas por parte de un médico pediatra, quien los culpó de lo sucedido al señalarle que *“no se habían tratado y que, por ello, su bebé se encontraba grave.”*
201. Durante la estancia de **Jimena Marisol** en el nosocomio, fue colocada junto con otras mamás y sus bebés. En este tiempo, sintió incertidumbre por no haber visto a su bebé, además de no haber contado con información alguna sobre lo que estaba sucediendo, situación que se incrementó con diversos comentarios que le realizaron algunas enfermeras, al preguntarle en reiteradas ocasiones si su bebé había fallecido en su vientre o estaba bien. Previo a su egreso, **Jimena Marisol** pudo ver a su bebé, encontrándolo en condiciones que, hasta la fecha, le generan mucha tristeza. Finalmente, **Jimena Marisol**, fue dada de alta el 4 de abril de 2021.
202. Al respecto, el Comité de Muerte Materna Perinatal del HMII en su análisis del caso determinó que el área de urgencias debió atender a **Jimena Marisol** con

enfoque de riesgo. También determinó que todos los casos, con registro tococardiográfico con categoría 2, como ocurrió en el presente, deben considerarse con prioridad quirúrgica.

- **Recién Nacido Víctima Directa 7**

203. El **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** ingresó a cunero de transición con acceso vascular vía periférica; empero, en la Opinión Médica elaborada por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM se señaló que debió de colocarse vía umbilical como es recomendado por la American Heart Association, lo cual no practicó el personal médico en razón de que había únicamente un pediatra en turno y surgieron otras emergencias que atender. Además, se documentó que el médico pediatra no estaba debidamente capacitado, ya no se observa constancia alguna que el pediatra que atendió el nacimiento haya contado con capacitación al respecto, considerando también que, fue posterior a la atención prestada que, se le ofrece beca completa para capacitarse.

204. Al día siguiente de su nacimiento, el **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** mostró malas condiciones generales, con tendencia a bradicardia, por lo que se solicitó que se le practicara una radiografía de tórax para normar conducta.

205. A las 11:00 horas del 3 de abril de 2021, el **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** presentó un evento convulsivo, caracterizado por chupeteo y desviación de la comisura derecha. Por la tarde, se determinó que contaba con datos de falla orgánica y de encefalopatía. Posteriormente, el 4 de abril, el **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** presentó pupilas con midriasis y nula respuesta a la luz.

206. Por lo anterior, para el 5 de abril de 2021, se determinó conveniente el retiro de la sedación con la que contaba, con la intención de valorar su estado de conciencia por riesgo de muerte cerebral. En este sentido, se agendó la práctica de una tomografía de cráneo y un electroencefalograma, mismos que le serían practicados un par de días después. El **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** presentó agravaciones en su actividad renal, digestiva, cardíaca, metabólica, inmunológica y neurológica, hasta que, por la madrugada del 7 de ese mes y año, se encontró con desaturación y a la 1:45 horas presentó paro cardiorrespiratorio irreversible, sin respuesta a maniobras de reanimación, concluyendo en su fallecimiento.

207. A través del documento de análisis de la atención emitido por personal médico del propio nosocomio remitido por la Secretaría de Salud a este Organismo el 12 de agosto de 2021, se concluyó lo siguiente: **1)** No hay orden, ni sistematización en la reanimación neonatal, conforme al manual respectivo. **2)** No existe orden en la descripción del estado clínico del paciente al momento de nacer y tampoco se evalúa el *Apgar*, incluso, no es justificable que, por la intubación, no se realice; **3)** Tampoco se corrobora el probable diagnóstico de hipoglucemia, iniciándose corrección errónea de ésta. **4)** Se realizó una

segunda gasometría sin plasmar resultados y se decide realizar corrección de acidosis sin justificar esa decisión. **5)** No existe orden en la elaboración de la nota de ingreso de dicho paciente y hay una historia clínica incompleta. **6)** La exploración física está en desorden y es deficiente. **7)** Los resultados de laboratorio se comentan deficientemente y **8)** No hay correlación entre el estado clínico del paciente, los laboratorios y el tratamiento.

- **Fiscalía General de Justicia**

208. El 12 de abril de 2021, **Jimena Marisol** y **Alex** presentaron una denuncia ante la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la FGJ-CDMX, por el delito de responsabilidad profesional.

209. Como parte de las diligencias practicadas en la carpeta de investigación, el Agente del Ministerio Público solamente ha dado intervención a la policía de investigación y ha recopilado la documentación médica para análisis, sin haber solicitado a la fecha de la emisión de la presente Recomendación, la elaboración de peritajes médicos.

210. Esta CDHCM documentó que, desde la consulta de la carpeta de investigación realizada en febrero de 2022, hasta el mes de julio de ese año, no se realizaron diligencias para la integración de la misma. Para agosto de 2022, se solicitó a la Coordinación Territorial en VC-1 que remitiera un informe de Policía de Investigación que obraba en su poder; sin embargo, para septiembre de 2023 éste no ha sido entregado, y tampoco se han realizado diligencias adicionales, conforme a lo que la propia Fiscalía a cargo ha reportado, en respuesta a las solicitudes que esta CDHCM le formuló.

211. En este sentido, **Jimena Marisol** y **Alex** tienen una notoria desconfianza en que su denuncia se resuelva a su favor, generando en ellos enojo y frustración.

- **Impactos Psicosociales**

212. Por lo hechos ocurridos, la Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM en su Informe de Impactos Psicosociales sobre Violencia Obstétrica y Mortalidad Materno Infantil concluyó que tanto **Jimena Marisol** como **Alex** sufrieron afectaciones en su esfera psicoemocional y física, en su ámbito económico, laboral, académico, familiar, social y comunitario, así como en su proyecto de vida y en su sistema de creencias.

213. Previo a los hechos, **Jimena Marisol** y **Alex** tenían una relación de apoyo mutuo. Con el nacimiento de su hijo, se encontraban felices y su proyecto de vida se enfocaba en *“echarle ganas como familia”*. **Jimena Marisol** y **Alex** consideran que su proyecto de vida se ha modificado radicalmente, sobre todo,

el relativo a la vida en pareja y familia, ya que se han distanciado, a tal grado de cuestionarse si, actualmente, comparte un proyecto de vida en común.

214. La notificación del fallecimiento de su hijo generó en **Jimena Marisol** y **Alex** diversos sentimientos tales como rabia, desesperación, frustración y, desde luego, tristeza.

V.5 Caso 5 Expediente: CDHDF/III/122/XOCH/17/D3259

Víctimas Directas:

Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)
[Recién Nacida Víctima Directa 9]

Víctima Indirecta:

Lenin Eduardo Tuñón Estrada, (Víctima Indirecta 12)

215. Desde el año 2012, **Alizon** y **Lenin** son pareja. Para el último trimestre del año 2016, **Alizon** y **Lenin** se enteraron de que serían padres por primera ocasión, situación que les generó amplias expectativas respecto al inicio de su proyecto de familia.

216. Por lo anterior, **Alizon** llevó su control prenatal en el Centro de Salud “Ampliación Tepepan”, dependiente de SERSALUD. El 11 de mayo de 2017, personal de dicho Centro de Salud le entregó una hoja de referencia para que acudiera, por sus medios, al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco (en adelante HMPX) de la SEDESA debido a que presentaba pródomos de trabajo de parto.

- **Hospital Materno Pediátrico Xochimilco**

217. El 12 de mayo de 2017, a las 18:45 horas, **Alizon** acudió al HMPX, siendo atendida por el doctor Jesús Hubert Pali Salazar, médico ginecobstetra, quien determinó ausencia de actividad uterina irregular, frecuencia cardiaca fetal normal, sin trabajo de parto en fase activa, por lo que le indicó que regresara a su domicilio.

218. El 15 de mayo de 2017, a las 16:50 horas, con 40 semanas de gestación, **Alizon** regresó al HMPX, donde fue revisada por segunda ocasión por el doctor Jesús Hubert Pali Salazar, mismo que asentó en su nota médica que había iniciado trabajo de parto y contaba con borramiento cervical del 80%. De acuerdo con la opinión médica emitida por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM, dicho médico no interrogó más acerca de las contracciones y la frecuencia de las mismas y determinó que, pese a que **Alizon** presentó un alto porcentaje de borramiento, debía regresar a su domicilio. Debido a los dolores tan fuertes que presentaba, **Alizon** cuestionó al médico si era posible que le realizaran una cesárea, recibiendo como respuesta que *“Dios había hecho el parto doloroso, por lo que*

tienes que pasar por ese dolor.” Cabe señalar que las dos notas médicas emitidas por el referido médico son, en su mayoría, ilegibles.

219. A las 21:35 horas de esa misma fecha, **Alizon** fue evaluada nuevamente en el HMPX, por la médica general Hilda Noemí Carillo Guiverra. La referida doctora asentó en su nota que **Alizon** contaba con un embarazo de 40.4 semanas de gestación, 2 centímetros de dilatación y 90% de borramiento; sin embargo, tampoco interrogó sobre las contracciones y su frecuencia, ni consideró relevante el porcentaje de borramiento, por lo cual la mandó a descansar y le dio cita abierta a urgencias.
220. El 16 de mayo de 2017, aproximadamente a las 15:30 horas, **Alizon** fue atendida de nueva cuenta por el médico ginecobstetra Jesús Hubert Pali Salazar, el cual decidió su ingreso al área de tococirugía del HMPX, con los diagnósticos embarazo de 40.4 semanas de gestación, dolor obstétrico con 12 horas de evolución, salida de tapón mucosanguinolento, 4 centímetros de dilatación, 80% de borramiento y membranas íntegras.
221. Debido a la dilatación que **Alizon** presentó, personal médico le inyectó oxitocina. Al respecto, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM indicó que la aplicación de oxitocina sintética fue sin su consentimiento y sin explicarle para qué servía, ni las complicaciones que genera su suministro.
222. Se inició la vigilancia del bienestar materno fetal cada media hora, en un periodo de las 15:30 a las 20:30 horas, asentándose en partograma. Durante ese tiempo, **Alizon** escuchó comentarios burlones de parte del personal médico respecto del estado de salud de las mujeres que se encontraban ahí, incluyendo ella. Entre los comentarios destacó que le dijeron a una mujer que *“no gritara tanto, ¿gritabas así cuando te lo hacían?”*.
223. De manera posterior, a las 16:50 horas, la doctora Juana Inés González Rocha le colocó anestesia epidural, pero **Alizon** no firmó la hoja de consentimiento informado en donde se explicara el tipo de procedimiento a realizar, los beneficios y las posibles complicaciones. De la consulta del expediente clínico, se observó que la nota de anestesiología es ilegible en su mayoría, lo que imposibilita tener conocimiento de la existencia de alguna complicación derivada de este procedimiento.
224. Cerca de las 17:00 horas, personal médico introdujo a **Alizon** un gancho en su vagina, aparentemente con la finalidad de romper las membranas. En ese momento, el personal médico le indicó que tenía señales de meconio, sin que asentara en alguna nota o en el mismo partograma, las características del líquido.
225. Durante ese tiempo, **Alizon** señaló que sintió inseguridad, incertidumbre e impotencia ante la falta de intervención oportuna y efectiva. Además, le generó

estrés e incomodidad que diversas personas le realizaran el tacto. Tenía miedo e intranquilidad respecto al bienestar del bebé y se sintió vulnerable al no saber para qué eran los medicamentos que le suministraban y al encontrarse incomunicada de su esposo.

- 226.** De la consulta del expediente clínico se desprende que en el partograma no se describió cuándo alcanzó los 9 centímetros de dilatación, ni a qué hora se encontró el producto en el tercer plano de *Hodge*. Aunado a lo anterior, no se estableció quién realizó la vigilancia del binomio materno fetal durante ese tiempo. Tampoco se encuentra documentado que se haya realizado estudio tococardiográfico o ultrasonido para verificar el bienestar fetal.
- 227.** A las 20:00 horas, la ginecóloga Lucila Poblano Gómez, única especialista que se encontraba en el nosocomio, le informó a **Alizon** que ella atendería su parto. Al realizarle el tacto vaginal, dicha servidora pública le confirmó que tenía 8 centímetros de dilatación y le dijo que no había señales de meconio. **Alizon** alcanzó la dilatación completa a las 20:30 horas. El personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM encontró que, desde ese momento, hasta las 21:00 horas, no hay evidencia en el expediente clínico de que se hubiera realizado monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, pese a que se encontraba en periodo expulsivo, lo que imposibilita determinar si durante ese tiempo, la hija de **Alizon** presentó sufrimiento fetal.
- 228.** **Alizon** ingresó a la sala de parto, donde personal del nosocomio le puso el brazo a la altura de las costillas para empujar al bebé, -maniobra de *Kristeller*, razón por la que **Alizon** les pidió que pararan debido a que no podía respirar, pero recibió como respuesta “*respiras por los pulmones*”, e incluso, fue sostenida de las manos por dos enfermeros. Esa maniobra se realizó sin su consentimiento y sin considerar los riesgos que produce para el binomio materno-fetal. En ese momento, **Alizon** recibió comentarios hostiles como que “*no servía para parir*” y “*ya no tengas más hijos porque no sirves para ser madre*”, mismos que le generaron un sentimiento de culpa que perdura hasta la fecha, al sentirse responsable de que el proceso de su parto no se desarrollara adecuadamente.
- 229.** En ese instante, pidió que le practicaran cesárea, pero se la negaron; además, la doctora Lucila Poblano le realizó una episiotomía, considerando únicamente el consentimiento informado que se firma al ingreso, el cual no contiene la información detallada de este procedimiento y sus efectos.
- 230.** Durante todo el parto, la ginecóloga Lucila Poblano solicitó que estuviera presente un pediatra; sin embargo, pese a que el nosocomio es materno pediátrico, únicamente se encontraba el doctor Luis Enrique Moctezuma Paz, quien, aun cuando fue solicitada su presencia por diversos medios, se negó a acudir, enviando a un médico interno de pregrado para que atendiera a la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** al momento de su nacimiento.

231. En cuanto a **Alizon**, se realizó el alumbramiento de la placenta completa, se revisó su canal vaginal y se ejecutó una episiorrafia. Una vez concluido el evento obstétrico, ingresó a la sala de recuperación. Para **Alizon**, el nacimiento de su hija fue un momento bastante estresante, ya que no emitió ningún sonido al nacer.

232. El 17 de mayo de 2017, aproximadamente a las 12:00 horas, **Alizon** fue dada de alta por mejoría y egresó del HMPX.

- **Recién Nacida Víctima Directa 9**

233. La **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** nació a las 21:00 horas por parto eutócico. Nació deprimida, sin llanto, cianótica e hipotónica, sin respuesta a estímulos, ni frecuencia cardíaca, razón por la cual la anestesióloga Juana Inés González Rocha, en ausencia del médico pediatra, realizó labores de reanimación consistentes en laringoscopia, intubación y masaje cardíaco con presión positiva, con la cual mejoró su coloración. Además, solicitó una gasometría del cordón umbilical con la que se confirmó que la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** presentó asfixia perinatal.

234. A su arribo, el pediatra Luis Enrique Moctezuma Paz preguntó a la anestesióloga los motivos por los cuáles había intubado a la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, ya que la observaba con buena coloración. La anestesióloga le explicó la situación que la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** presentó al nacimiento, pero el pediatra decidió extubarla, lo que propició que la condición de salud de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** comenzara nuevamente a deteriorarse, situación que fue determinante para que el pediatra intentara inmediatamente la práctica de una nueva intubación. A la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** se le realizaron estudios, se le colocaron medicamentos para que tuviera una mejor frecuencia cardíaca y se le practicaron labores de reanimación; no obstante, éstas no obtuvieron respuesta positiva y se declaró su fallecimiento a las 22:34 horas por hipoxia perinatal severa y acidosis metabólica.

235. De la revisión que se hizo al expediente clínico se identificó que el doctor Moctezuma asentó en su nota médica las características de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** al momento de su nacimiento, así como el *Apgar* con el que se calificó, situación que es irregular debido a que él no estuvo presente durante el nacimiento, de acuerdo con lo que señala.

236. Aproximadamente a las 23:00 horas, el médico pediatra le informó a **Alizon** del fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, situación que generó que ella comenzara a gritar y llorar, pero recibió indicación del médico de calmarse. Desde que **Alizon** ingresó al nosocomio, su familia no recibió noticias de su estado de salud ni el de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**.

Fue hasta aproximadamente las 23:30 horas, que le avisaron a **Lenin**, sobre el fallecimiento de su hija.

237. Después dejaron pasar a **Lenin** para ver a **Alizon** y les permitieron estar con la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** unos momentos, hasta que **Alizon** fue llevada a una sala donde se encontraban otras mujeres con sus bebés recién nacidos.

238. **Lenin** no durmió toda esa noche debido a que estuvo esperando el certificado de defunción. Preguntó en diversas ocasiones por la documentación y le decían que faltaban datos o firmas. Finalmente, cerca de las 10:00 horas del 17 de mayo de 2017, el hospital le entregó un certificado de nacimiento y uno de defunción, pese a que en una nota médica se determinó que se trataba de una muerte fetal, además, le señalaron que todo pasó porque *“a su esposa le costó trabajo pujar”*.

- **Fiscalía General de Justicia**

239. Durante el velorio de su hija, el 17 de mayo de 2017, **Alizon** y **Lenin** acudieron a la Agencia Investigadora XO-2 de la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Xochimilco de la otrora Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México (hoy FGJ-CDMX), a fin de denunciar los hechos, por los cuales se inició una carpeta de investigación por el delito de homicidio culposo. Dentro de las primeras acciones realizadas, en esa misma fecha, personal de esa Fiscalía Desconcentrada solicitó al HMPX que resguardara la placenta y el cordón umbilical; solicitud que no pudo ser atendida toda vez que personal médico del hospital manifestó que se encontraban “revueltos” con otros desechos orgánicos y no era posible identificarlos, situación que obstaculizó que se esclareciera en qué momento comenzó el proceso fisiopatológico que condicionó la hipoxia perinatal severa que sufrió la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**.

240. En el protocolo de necropsia realizado por el Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses del Poder Judicial de la Ciudad de México, se asentó que la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** no vivió ni respiró fuera del útero, que era viable y que la causa de muerte fue asfixia perinatal, por lo cual emitió un certificado de muerte fetal.

241. En junio de 2017, se remitió la carpeta de investigación a la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos; cuya Agente del Ministerio Público a cargo solicitó en octubre de ese año, que el Hospital General de México emitiera un dictamen médico respecto del caso, aunque éste no fue remitido a dicha Fiscalía sino hasta el 2019. Asimismo, la Ministerio Público a cargo, durante casi dos años, omitió realizar acciones para recabar dicho dictamen, por lo que la entonces Visitaduría Ministerial de la entonces Procuraduría General de Justicia, hoy Asuntos Internos, dio vista al Órgano Interno de Control de esa dependencia para el inicio de un procedimiento

administrativo, así como a la Fiscalía de Asuntos Especiales y Electorales para el inicio de una carpeta de investigación, en los que se determinó que no había responsabilidad de la entonces Ministerio Público a cargo.

242. En el dictamen previamente citado, el médico asentó que el dicho de **Alizon** en relación a la presencia de líquido amniótico meconial a la hora de la práctica de la amniorrexis, es concordante con el dictamen de necropsia que confirmó que la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** aspiró líquido amniótico meconial, por lo que personal médico debió ejecutar una vigilancia más estrecha del binomio materno-fetal y realizar un registro tococardiográfico que permitiera determinar si se requería la interrupción del embarazo vía cesárea. Por otro lado, a partir de la gasometría que le fue practicada a la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** al nacimiento, se desprendió que la pérdida de bienestar fetal llevaba horas de evolución.
243. Durante el seguimiento a la denuncia, hubo cambios constantes de ministerios públicos y asesores jurídicos, circunstancias que han representado para **Alizon** un reiterado “*volver a empezar*”, ya que ha tenido que explicar con frecuencia todos los hechos a cada nueva persona designada. Esto ha tenido como consecuencia la dilación en la integración de la carpeta de investigación.
244. En agosto de 2022 y abril de 2023, la carpeta de investigación fue propuesta con ponencia de reserva por el Agente del Ministerio Público, siendo, en dos ocasiones, objetada por la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares de la Fiscal General. Para la fecha de emisión del presente instrumento recomendatorio y a 6 años de acontecidos los hechos, dicha investigación continua en trámite.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

245. La Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM elaboró una Valoración de Impactos Psicosociales señalando que los hechos descritos han generado afectaciones en **Alizon** y **Lenin** en su integridad psicofísica, a sus esferas familiar, laboral, económica, social, así como en su proyecto de vida y su sistema de creencias, mismas que han sido permanentes durante todo este tiempo.
246. El embarazo de **Alizon** generó sorpresa tanto a ella como **Lenin**. Estaban contentos y emocionados por convertirse en padres por primera vez.
247. Con la muerte de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** la dinámica familiar de **Alizon** y **Lenin** se modificó, principalmente en su relación de pareja, dejando de disfrutar las actividades que antes realizaban juntos. Asimismo, mermó la comunicación que tenían, al limitar la expresión de sentimientos y emociones entorno a la pérdida.

248. Principalmente para **Alizon**, el proyecto de vida relacionado a la expectativa de ejercer su maternidad con la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** y compartir la crianza y cuidado con su esposo se vio severamente afectado.

V.6 Caso 6: Expediente CDHDF/III/121/IZTP/19/D5769

Víctima Directa:

Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

Víctimas Indirectas:

[Víctima Indirecta 13]

[Persona joven con discapacidad Víctima Indirecta 14]

[Hombre joven Víctima Indirecta 15]

Modesta Reyes Nava, (Mujer Víctima Indirecta 16)

249. Previo a los hechos, **Laura Reyes Reyes** habitaba en compañía de sus hijos la **[Persona joven con discapacidad Víctima Indirecta 14]** y el **[Hombre joven Víctima Indirecta 15]**. En 2018, **Laura** se enteró que se encontraba embarazada de la **[Niña Víctima Indirecta 13]**, situación que compartió con su madre, **Modesta Reyes Nava**, quien era su principal red de apoyo y quien le acompañó durante todo el embarazo.

- **Centro de Salud T-III “Clínica Comunitaria Santa Catarina”**

250. **Laura** llevó su control prenatal en el Centro de Salud T-III “Clínica Comunitaria Santa Catarina” de SERSALUD, en donde, desde su primera consulta, el 23 de agosto de 2018, se determinó su embarazo como “de alto riesgo”, ya que presentaba sobrepeso y un periodo intergenésico largo.

251. Para el 16 de noviembre de 2018, personal médico de dicho Centro de Salud le señaló que había un riesgo de padecer diabetes gestacional, solicitándole que acudiera a una interconsulta al área de nutrición, pero en el expediente clínico no hay soporte de dicha interconsulta. Aunado a lo anterior, en esa fecha, no se valoraron los resultados de los estudios de laboratorio que **Laura** presentó, siendo esto relevante debido a que se encontraba con aumento de glucosa, situación que ameritaba la práctica de estudios complementarios como la curva de tolerancia y que fuera referida a un médico especialista. Además, en el expediente clínico se asentó que ese día, no había reactivos para la determinación de estudios de glucosa, VIH, VDRL, EGO, entre otros.

252. De conformidad con la documentación con la que contó este Organismo, no hay evidencia de que, durante el mes de diciembre de 2018, se le haya programado a **Laura** una cita para control del embarazo. En este contexto, **Laura** regresó el 23 de enero de 2019 para recibir atención prenatal, con aumento de peso, por lo cual, hasta esa fecha, se le requirió que el estudio de

tolerancia a la glucosa, a fin de descartar diabetes gestacional; sin embargo, los resultados de dicho estudio no se observan en el expediente clínico.

253. A través de unos estudios que **Laura** se practicó en un laboratorio particular, el 8 de febrero de 2019, se confirmó el diagnóstico de diabetes gestacional y se le otorgó referencia para atención en el segundo nivel en la Clínica Hospital “Emiliano Zapata” de la SEDESA. En esa misma consulta, **Laura** refirió presentar cefalea en grado 7/10, pero personal médico y de enfermería no realizó una historia clínica detallada respecto a éste, así como una exploración física para establecer sospecha diagnóstica, sobre todo, debido a que **Laura** presentaba diversos factores de riesgo para presentar preeclampsia.

254. Bajo esta tesitura, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM indicó que, en varias de las consultas prenatales otorgadas por el centro de salud, **Laura** fue valorada únicamente por personal de enfermería y no por médicos del Centro de Salud T-III “Clínica Comunitaria Santa Catarina” de SERSALUD, lo cual incumple con las normas y guías de atención.

- **Clínica Hospital “Emiliano Zapata”**

255. El 13 de febrero de 2019, **Laura** acudió a la Clínica Hospital “Emiliano Zapata” (en adelante, CHEZ) de la SEDESA, en donde, tras su diagnóstico de diabetes gestacional, se le solicitó sacar cita para el área de nutrición, misma que se le otorgó 2 días después, en la cual solo se indicó un ajuste a su plan nutricional. Pese a que en la hoja de referencia se hablaba de diabetes gestacional y aumento generalizado de glucosa, no se valoró el nivel de éste en esa fecha y, por ende, tampoco se le indicó tratamiento medicamentoso.

256. El 20 de febrero de 2019, **Laura** se presentó nuevamente a la CHEZ, donde fue valorada por el médico José Luis Salazar García, quien determinó como antecedente diabetes gestacional sin tratamiento médico; no obstante, no consta en el expediente médico que señalara algún tratamiento para este padecimiento. Tampoco consta información que señale que consideró la tensión arterial alta con la que contaba **Laura** en esa fecha, a efecto de prevenir preeclampsia. Personal médico de esta CDHCM determinó que, en ese momento, debió hospitalizarse a **Laura** para descartar preeclampsia y síndrome de *Hellp*, por medio de estudios de laboratorio.

257. El 22 de febrero de 2019, **Laura** se realizó un ultrasonido en una clínica particular, en el cual se percibió que el producto presentaba taquicardia fetal. Por tal razón, **Laura** se presentó nuevamente a la CHEZ, manifestando dolor intenso de cabeza. Ahí, fue nuevamente atendida por el médico José Luis Salazar García, quien tras la exploración física encontró presencia de líquido vaginal de color amarillo verdoso no fétido, mismo que, pese a tener coloración anormal, diagnosticó como infección, para lo cual se le prescribió un tratamiento farmacológico no descrito en las notas médicas. Personal médico

de esta CDHCM, concluyó que, en esta ocasión, **Laura** debió ser hospitalizada para realizar estudios de laboratorio y en su caso, interrumpir el embarazo para evitar consecuencias adversas para el binomio materno-fetal.

258. Debido a que **Laura** continuó sintiéndose mal, durante la noche del 22 de febrero de 2019, en compañía de su madre y su cuñada acudió a la CHEZ, pero no fue recibida ya que no contaban con médico ginecólogo en turno.

- **Hospital General de Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”**

259. Ante tal circunstancia, en la madrugada del 23 de febrero de ese año, **Laura** arribó al Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente” de la SEDESA, al cual ingresó cerca de las 03:05 horas. En la documentación remitida a esta CDHCM, no se observa que se haya realizado nota de Triage donde se asentara que se valoraron las condiciones de salud en las que **Laura** arribó.

260. **Laura** fue valorada hasta las 4:00 horas en la Unidad de Tococirugía, encontrado una dilatación de 7 centímetros y un borramiento de 80%, diagnosticándole enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar y encontrando una tensión arterial de 164/97, requiriendo atención de urgencia; sin embargo, de la documentación que consta en el expediente clínico, personal médico de esta Comisión concluyó que no se indicaron medicamentos para tratar la tensión arterial, no se monitorearon signos vitales, no se vigilaron pérdidas transvaginales, no se elaboró registro tococardiográfico, no se realizó monitoreo del binomio de manera continua y tampoco se le realizaron exámenes de laboratorios, ni estudios para diagnosticar el síndrome de *Hellp*.

261. De manera posterior, la cuñada de **Laura** ingresó al hospital para recoger su ropa, momento en el que observó que **Laura** no había sido atendida y que mostraba gestos de dolor y apretaba las manos a los lados de la camilla.

262. La hoja de partograma fue llenada hasta las 04:48 horas, con los datos de la revisión de las 04:00 horas. A esa hora, **Laura** presentó un episodio de eclampsia (crisis convulsiva), por lo que se activó Código Mater a las 04:52 horas. Al respecto, personal médico de esta CDHCM encontró que, si se hubiera proporcionado atención y tratamiento del estado de salud de **Laura** a su ingreso al nosocomio y no posterior a la presencia de las convulsiones, éstas se hubiesen evitado. Para ese entonces, **Laura** contaba con la dilatación y el borramiento completo y se le diagnosticó preeclampsia con datos de severidad.

263. Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión de Derechos Humanos señaló que el tratamiento adecuado de la diabetes disminuye el riesgo de preeclampsia y eclampsia. Por tanto, el diagnóstico

tardío y la falta de tratamiento por parte de la Clínica Comunitaria Santa Catarina y posteriormente de la Clínica Hospital Emiliano Zapata, así como la omisión de brindar atención inmediata a **Laura** en el Hospital General Iztapalapa, influyeron en las complicaciones de salud que presentó. Derivado de la información remitida por la autoridad, se observó que durante el parto de **Laura** faltó personal médico y de enfermería, por lo que la emergencia obstétrica fue atendida por un médico residente, sin la supervisión del especialista a cargo.

264. La hija de Laura nació cerca de 05:06 horas y presentó *Apgar* bajo, por lo que fue atendida por el área de Pediatría y requirió un ciclo de presión positiva. Después, fue trasladada a un cunero patológico, donde se le diagnosticó con sufrimiento fetal agudo, síndrome de adaptación pulmonar, ictericia neonatal y riesgo en su neurodesarrollo. Analizando el caso, esta CDHCM concluyó que esos diagnósticos son consecuencia directa del estado de salud de **Laura** al momento del parto, así como de la presencia de crisis convulsivas. En cuanto a la asfixia perinatal, no consta en el expediente clínico que se hayan realizado pruebas para tal efecto.
265. Por lo que hace a **Modesta (Mujer Víctima Indirecta 16)**, es hasta aproximadamente las 6:00 horas, que personal médico le notificó que **Laura** había sufrido convulsiones y que había tenido preeclampsia, por lo cual se encontraba grave, generándole desesperanza por las pocas posibilidades de vida de su hija **Laura**. A las 6:25 horas, **Laura** ingresó al área de Terapia Intensiva.
266. A las 8:30 horas, **Laura** presentó sangrado en el canal de parto, situación que ameritó que, una hora después, se le practicara una revisión de cavidad, encontrando atonía uterina, cuya causa eran los restos placentarios que se encontraron. En este sentido, personal médico de esta CDHCM señaló que, una vez concluido el evento obstétrico, se omitió practicar una revisión de cavidad posterior al alumbramiento de la placenta, misma que es sugerida por la literatura médica en casos de enfermedad hipertensiva como la que **Laura** padecía y que pese a su diagnóstico hubo dilación en la práctica de la revisión de cavidad.
267. Es dable señalar que, de dicha intervención, no se cuenta en el expediente con notas del procedimiento, ni de los hallazgos. Posteriormente, **Laura** fue reingresada al área de terapia intensiva, donde se mantuvo con cifras tensionales fuera de límite.
268. Durante la tarde del 23 de febrero de 2019, **Laura** presentó sangrado de encías, hematuria y sangrado en sitios de punción, elementos que dieron origen a que los médicos consideraran altas posibilidades de hemorragia cerebral y a nivel hepático. En esos momentos, **Modesta** tuvo la oportunidad de verla y observó que sangraba por la nariz y la boca, situación que refiere

como traumática y que le causó una gran preocupación. Fue la última vez que vio consciente a **Laura**.

- 269.** Por la noche, a las 20:15 horas, **Laura** refirió al personal médico que sentía una cefalea fuerte y náuseas. A partir de la revisión, se le encontró, somnolienta, con pupilas hiporreactivas y con tendencia al estupor. Con estos síntomas, se determinó necesario la práctica de intubación orotraqueal, de analgesia y se colocó un ventilador, ante el posible deterioro neurológico. Cabe mencionar que el ventilador fue prestado por el área de Urgencias, ya que no había alguno funcional en el área de Terapia Intensiva.
- 270.** Ante dicha condición, **Laura** requirió una tomografía de cráneo, misma que le fue practicada casi 4 horas después, ya que no había personal de camillería, ni servicio de inhaloterapia. En el referido estudio se halló hemorragia frontoparietotemporal derecha no susceptible de manejo quirúrgico. Asimismo, se realizó tomografía abdominal y de pelvis, encontrando un derrame pleural, mismo que fue valorado por personal del servicio de Cirugía General, quienes concluyeron que tenía útero aumentado de tamaño con presencia de sangre, sin requerir intervención quirúrgica.
- 271.** El 24 de febrero de 2019, casi 20 horas después de presentar datos de daño neurológico, **Laura** fue trasladada al Hospital General Balbuena de la SEDESA para valoración de neurocirujano. Ahí se comentó que **Laura** tenía datos clínicos de muerte encefálica, requiriendo su confirmación mediante un electrocardiograma y *Angiotac*. **Laura** persistió con sangrado en diversas zonas.
- 272.** Por la madrugada del 25 de febrero de 2019, **Laura** tuvo evolución tórpida, mostrando falla orgánica múltiple. Por la noche, se mantuvo sin sedación, con la intención de practicarle los estudios confirmatorios de muerte encefálica; sin embargo, presentó disminución de temperatura, por lo cual nuevamente fue sedada.
- 273.** El 27 de febrero de 2019, se realizó el electroencefalograma en el Hospital General Balbuena, mismo que fue interpretado por personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, cuyo resultado fue la falta de respuesta fotoparoxística y estudio anormal por ritmo lento generalizado.
- 274.** En la madrugada del 1 de marzo de 2019, **Laura** presentó tendencia a la hipotensión arterial y aumento de frecuencia cardíaca. A las 09:50 horas se encontró con asistolia, por lo que se le dieron maniobras de reanimación básicas y avanzadas sin respuesta, falleciendo a las 10:35 horas. En el Certificado de Defunción se asentaron como causas “hemorragia cerebral, emergencia hipertensiva y síndrome de *Hellp*”. Ese mismo día, su hija recién nacida [**Niña Víctima Indirecta 13**] fue dada de alta.

275. El cuestionario confidencial de muerte materna, detalla que el parto de **Laura** fue atendido por un médico residente, cuyo perfil profesiográfico no es el adecuado para atender una emergencia obstétrica. Por otro lado, el dictamen de muerte materna estableció que el tratamiento instalado para el diagnóstico final fue inoportuno, aunado a lo anterior, precisó que entre la solicitud de **Laura** de atención y el momento en que se le brindó, transcurrió más de una hora, situación que impactó en el diagnóstico. Asimismo, la propia SEDESA, en el documento “Eslabones del Proceso de Atención de la Mujer”, determinó que existió dilación en el manejo hipertensivo y anticonvulsivo de **Laura** al ingreso. Al respecto, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente señaló que la atención brindada en el Hospital General Iztapalapa no se apegó a las Guías de Práctica Clínica; además, informó que no hubo apego a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y que se debía difundir el curso de Triage obstétrico.

- **Fiscalía General de Justicia**

276. El 22 de noviembre de 2019, la señora **Modesta** presentó la denuncia por el delito de responsabilidad médica, misma que se encuentra a cargo de la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la FGJ-CDMX.

277. Como parte de la investigación, la FGJ-CDMX solicitó a la SEDESA los videos de las cámaras de los nosocomios en las fechas de los hechos. No obstante, únicamente contestó la Clínica Hospital “Emiliano Zapata” indicando que no son funcionales desde el año 2014, situación que fue informada a las oficinas centrales de la Secretaría de Salud en ese tiempo y se reiteró en febrero de 2019.

278. Durante estos años, la señora **Modesta** ha referido inconformidad con el cambio constante de Ministerios Públicos y asesores jurídicos a cargo de su carpeta, así como con el tiempo extenso que ha llevado la integración de la misma. Uno de los puntos importantes a señalar es que, desde mayo de 2022, la Fiscalía a cargo solicitó a un perito experto en la materia que emita un dictamen correspondiente; mismo que se entregó casi un año después, determinando la inexistencia de alguna responsabilidad médica. Posteriormente, se solicitó la intervención de perito supervisor quien confirmó los resultados previamente señalados, por lo que a la fecha de la emisión de la presente Recomendación la carpeta de investigación se encuentra en integración.

279. La búsqueda de justicia ha generado en **Modesta** mucha rabia y ha conllevado un desgaste físico y emocional para ella.

- **Impactos Psicosociales y en su proyecto de vida**

280. Por todo lo anterior, personal de la Dirección de Atención Psicosocial de este Organismo en su Informe de Impactos Psicosociales documentó que la señora **Modesta** presenta afectaciones a su salud psicoemocional y física, en sus esferas familiar, económica, laboral, social y comunitaria, así como en su sistema de creencias y el proyecto de vida, mismas que perduran a la fecha, ya que tenía un vínculo muy fuerte con su hija **Laura**, por lo que su fallecimiento tuvo un impacto negativo que ella describió como una experiencia traumática y devastadora.
281. Al momento de los hechos, Laura tenía dos hijos adolescentes y su entonces hija recién nacida, quienes, actualmente habitan con **Modesta** y una de sus hijas. Con la muerte de **Laura**, el [**Hombre joven Víctima Indirecta 15**] mostró varias afectaciones que lo llevaron a conductas de rebeldía, desapego de la familia y a colocarse en situaciones de riesgo. Por su parte, la [**Persona joven con discapacidad Víctima Indirecta 14**], en condición de espectro autista, se mostró triste y constantemente alejado de los demás integrantes de la familia.

V.7 Caso 7: Expediente CDHDF/III/122/AO/19/D6161

Víctima Directa:

[Mujer Víctima Directa 11]

Víctimas Indirectas:

[Niño Víctima Indirecta 17]

[Mujer Víctima Indirecta 18]

282. La [**Mujer Víctima Directa 11**] tenía 19 años al momento de los hechos. Habitaba con su abuela, la [**Mujer Víctima Indirecta 18**], con quien tenía un vínculo afectivo fuerte, caracterizado por comunicación, convivencia, afecto y apoyo. La [**Mujer Víctima Directa 11**] estaba embarazada del [**Niño Víctima Indirecta 17**], por lo que inició su control prenatal el 16 de octubre de 2018, en el Centro de Salud T-III “Dr. Manuel Márquez Escobedo” de SERSALUD con un embarazo de 31 semanas de gestación, contando con dos citas en dicho lugar.

- **Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”**

283. El 1 de diciembre de 2018, la [**Mujer Víctima Directa 11**] acudió al Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” de la SEDESA con embarazo de 39.5 semanas de gestación. Durante la revisión, presentó adecuada movilidad fetal, sin pérdidas transvaginales, por lo cual se le otorgó cita abierta a urgencias. En dicha revisión, de acuerdo a la información que obra en el expediente clínico el personal médico no especificó si la [**Mujer Víctima Directa 11**] ya presentaba contracciones uterinas.
284. El 2 de diciembre de 2018, la [**Mujer Víctima Directa 11**] acudió nuevamente al mencionado nosocomio, refiriendo dolor obstétrico, encontrándose con 8

centímetros de dilatación, 80% de borramiento y trabajo de parto en fase activa. En el expediente clínico no obra constancia de que se haya realizado Triage obstétrico en la valoración a su llegada al nosocomio.

285. A las 13:53 horas, la **[Mujer Víctima Directa 11]** ingresó a la unidad de Tococirugía, momento en el que contaba con 8 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, y estuvo a cargo del único ginecólogo de turno. Ahí se inició su vigilancia a las 14:00 horas, según lo observado en el partograma, dejándola en progresión de trabajo de parto y se ordenó la realización de un registro cardiotocográfico para corroborar bienestar fetal, mismo que no obra en el expediente clínico remitido a la CDHCM. A las 17:20 horas, la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentaba 8 centímetros de dilatación y 90% de borramiento.
286. A la **[Mujer Víctima Directa 11]** se le suministró oxitocina, sin embargo, en el expediente clínico hay información contradictoria respecto de su aplicación; ya que algunas notas dicen que fue indicada desde las 15:00 horas, en otras hasta las 18:00 horas y otros documentos establecen que se suministró en ambas horas. Al respecto, la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta CDHCM señaló que el uso de oxitocina no se recomienda para abreviar el trabajo de parto, pues puede influir en un mayor sangrado, de acuerdo a lo establecido por las Guías de Práctica Clínica de Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo del Instituto Mexicano del Seguro Social.
287. Conforme a lo señalado en las notas médicas, entre las 18:00 y las 18:30, la **[Mujer Víctima Directa 11]** alcanzó la dilatación y el borramiento completo. No obstante, fue hasta las 20:00 horas que, de acuerdo con la información que obra en el expediente clínico, se encontró con periodo expulsivo prologado, con hipoactividad uterina, fatiga materna, sin prensa materna para descenso y expulsión, así como pérdida del bienestar fetal por descenso de la frecuencia cardíaca fetal en la contracción, por lo que se realizaron maniobras de reanimación in útero, sin mejoría. En este contexto, se decidió por parte del personal médico la interrupción del embarazo vía abdominal con carácter de urgente; sin embargo, el hospital no contaba con sala quirúrgica limpia en tococirugía, por lo que de acuerdo a lo señalado por la misma autoridad a este Organismo, a la paciente se le atendió en quirófanos centrales. Por la condición médica que presentaba **[Mujer Víctima Directa 11]** no logró asentar su firma en el consentimiento informado, por lo que se le recabó únicamente su huella digital.
288. Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM señaló que de acuerdo a lo que consta en el expediente médico, a las 17:30 horas, en el partograma no se observó registro de la frecuencia cardíaca fetal, tampoco se asentó hipoactividad uterina, ni se documentó fatiga materna, contrario a lo señalado en las notas médicas, que dan cuenta de que éstas fueron las razones por las que se decidió realizarle una cesárea. Esta misma

área indicó que del análisis del expediente clínico se acreditó una labor de vigilancia del trabajo de parto insatisfactoria.

289. A las 20:50 horas, la **[Mujer Víctima Directa 11]** pasó a quirófano y durante la cesárea presentó una atonía uterina, misma que no se revertió con tratamiento, por lo que se realizó sutura compresiva, sin lograr su cese. Por tal motivo, se activó Código Mater y se realizó ligadura de arterias hipogástricas.
290. Pese a esto, la **[Mujer Víctima Directa 11]** persistió con sangrado, por lo que se decidió practicar una histerectomía, egresando del quirófano a las 00:00 horas del 3 de diciembre de 2018. En cuanto al **[Niño Víctima Indirecta 17]**, hijo de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, nació a las 20:58 horas con 40 semanas de gestación, con *Apgar* 8/9.
291. La familia de la **[Mujer Víctima Directa 11]** no recibió informes de su condición de salud desde su ingreso, hasta las 22:00 horas, que les señalaron que estaba grave, pero estable.
292. En el análisis médico del caso, esta CDHCM concluyó que la atonía uterina, el choque hipovolémico grado IV y la hemorragia obstétrica tuvieron como factor de riesgo el periodo expulsivo prolongado al que fue expuesta la **[Mujer Víctima Directa 11]**, ya que tenía dilatación y borramiento completo desde aproximadamente una hora y media antes de su atención. También se señaló que hubo un retraso en la activación del código mater y que el banco de sangre del hospital no contaba con el hemotipo de la **[Mujer Víctima Directa 11]**.
293. A las 03:00 horas del 3 de diciembre de 2018, la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentó nuevo sangrado, por lo que personal médico decidió realizar laparotomía exploradora, en la cual se detectó sangrado en capa de ligadura de arterias hipogástrica del lado derecho por lo que se realizó un “empaquetamiento”. Se le colocó a la **[Mujer Víctima Directa 11]** apoyo ventilatorio y pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos, con diagnóstico de choque hipovolémico grado IV y con sedación.
294. Posteriormente, a las 16:40 horas, se activó otra vez el Código Mater, ya que la **[Mujer Víctima Directa 11]** cayó en paro respiratorio, por lo que se inició reanimación con un ciclo, logrando remitirlo. Además, el personal médico señaló que presentó deterioro bioquímico sugerente de pérdida hemática, situación que la hizo candidata de exploración abdominal, misma que se practicó a las 17:40 horas, encontrado sangrado activo de lecho de arteria hipogástrica derecha, ejecutando un nuevo empaquetamiento.
295. Desde el 5 de diciembre de 2018, la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentó respuesta lenta a la luz, por lo que al día siguiente, se le practicó desempaquetamiento y reingresó a Terapia Intensiva, dependiendo completamente de ventilación mecánica. Para el 7 de diciembre, se intentó el retiro de sedación, con lo que la **[Mujer Víctima Directa 11]** mostró apertura

ocular al estímulo verbal; sin embargo, posteriormente, presentó agitación psicomotriz, taquicardia e hipertensión, no dirigía la mirada, aunque intentaba movilizar extremidades y atendía al estímulo luminoso de pupilas.

296. El 8 de diciembre de 2018, la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentó hipertensión y taquicardia, por lo que nuevamente se reinició su sedación. En consecuencia, durante el día posterior, personal de ginecología consideró pertinente una valoración por el área de neurocirugía. Además, en esa fecha, presentó inestabilidad hemodinámica y bradicardia severa.
297. Para el 13 de diciembre, se intentó retirar nuevamente la sedación. Lo anterior considerando que la **[Mujer Víctima Directa 11]** respondía a la voz, pero no dirigía la mirada y tampoco obedecía órdenes, por lo que se recomendó la realización de tomografía de cráneo, sin embargo, el tomógrafo del nosocomio no funcionaba, por lo que fue necesario solicitar apoyo de otros hospitales de la red. Para el 14 de diciembre, la **[Mujer Víctima Directa 11]**, presentó datos clínicos de encefalopatía anoxo-isquémica.
298. El 17 de diciembre de 2018, se le practicó la tomografía, en la que se visibilizaron zonas con atrofia cortical, requiriendo una valoración por el área de Neurología; sin embargo, en el hospital no contaban con especialista, por lo que fue realizada hasta el 29 de diciembre, es decir, 12 días después, determinando que la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentaba lesión piramidal, actitud de descerebración a estímulo nociceptivo y evidencia de estado comatoso vigil, sin necesidad de que se requiriera su intervención quirúrgica.
299. El 31 de diciembre de 2018, la **[Mujer Víctima Directa 11]** fue trasladada al área de Medicina Interna donde, desde su ingreso, se refirió poca probabilidad de mejoría ante el diagnóstico de coma vigil. En dicha área, se decidió la colocación de pieza T para la progresión de ventilación, pero presentó taquipnea y taquicardia, reiniciándose la ventilación mecánica.
300. Durante todo el mes de enero de 2019, la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentó diversas infecciones nosocomiales que ameritaron su tratamiento con un gran número de antibióticos. Asimismo, presentó lesiones genitales y llagas, a consecuencia de su inmovilización, por lo que fue revisada por personal de la clínica de heridas. Además, se le brindó rehabilitación para evitar el deterioro articular.
301. Se documentó, además, que se pidió a los familiares que proporcionaran materiales para la atención de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, como cánulas y sondas para optimizar su alimentación considerando su estado de salud en ese momento.
302. En una reunión de trabajo celebrada el 15 de febrero de 2019 entre personal médico y la **[Mujer Víctima Indirecta 18]**, se les informó que no había

medicamentos, ni tratamiento que revirtiera la condición de salud de la **[Mujer Víctima Directa 11]** y, que por el contrario, que su deterioro evolucionaba.

303. Para el 18 de febrero de 2019, se le practicó a la **[Mujer Víctima Directa 11]** una tomografía en el Hospital General Ajusco Medio de la que se desprendió que tenía atrofia cortico subcortical severa.
304. Durante toda la estancia de la **[Mujer Víctima Directa 11]** en el nosocomio, la **[Mujer Víctima Indirecta 18]** recibió comentarios desalentadores como *“ella ya no tiene remedio, para qué la alimentamos y bañamos”*, generándole impotencia y sentimientos de desamparo.
305. El 23 de febrero de 2019, la **[Mujer Víctima Directa 11]** ingresó a quirófano para reintubación, pues presentaba dificultades respiratorias. El 24 de febrero, presentó secreciones verdosas, pero no se procesaron cultivos, ya que era fin de semana y tampoco se le aplicó tratamiento debido a que el hospital no contaba con medicamentos adecuados.
306. La **[Mujer Víctima Directa 11]** falleció el 24 de febrero de 2019, a las 19:07 horas, por presentar paro cardíaco y asistolia. A pesar de que personal médico realizó labores de reanimación, éstas no tuvieron respuesta.
307. El Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad, Mortalidad Materna y Perinatal del nosocomio concluyó que el expediente clínico no cumplía con la Norma Oficial en la materia, debido a que tiene notas resumidas, no claras, ni precisas, con abreviaturas, sin firmas. Además, señaló que, en la atención obstétrica brindada a la **[Mujer Víctima Directa 11]**, no se contó con sala de tococirugía limpia al momento del parto y no se realizó tomografía inmediata por no funcionar tomógrafo, así como que hubo un tiempo en el que no se dio vigilancia al trabajo de parto; al respecto, el médico tratante se justificó diciendo que ese día atendía a varios pacientes que tenían urgencia, mientras que la médica que atendió al parto precisó que personal médico del área de ginecología y de enfermería faltó. Finalmente, dicho Comité indicó que no se interpretaron los registros tococardiográficos, ni se justificó el uso de oxitocina.
308. En otra sesión, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente concluyó que había notas elaboradas por médicos diferentes a los que aparecen señalados en ellas; que la dinámica del trabajo de parto no fue adecuada y no se apegó a la curva de Friedman; que no hubo continuidad de la vigilancia del trabajo de parto y reiteró que no había quirófano, no había personal suficiente y no funcionaba el tomógrafo.
309. En lo concerniente, el Comité Jurisdiccional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal determinó que hubo retraso en la atención hospitalaria, en la acción de protocolo de atención

obstétrica y en la activación de Código Mater, así como que existió mala toma de decisiones en el tratamiento inicial y posterior manejo.

310. El caso de la **[Mujer Víctima Directa 11]** puede considerarse como una muerte materna tardía. Al respecto, en un dictamen médico emitido por una clínica particular, mismo que presentó la representación legal de la **[Mujer Víctima Indirecta 18]**, refirió que si la paciente murió después de los 42 días fue porque el personal médico decidió la prolongación de su agonía, con el fin de evitar que se considerara como muerte materna, así como su análisis oficioso por el Comité de Muerte Materna.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

311. En el Informe de impactos psicosociales sobre violencia obstétrica y mortalidad materno-infantil elaborado por el personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM concluyó que actualmente, la **[Mujer Víctima Indirecta 18]**, abuela de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, con quien habitó varios años, presenta afectaciones psicofísicas, en su esfera familiar, laboral, económico, social y comunitario, así como en su proyecto de vida y en su sistema de creencias. Para la **[Mujer Víctima Indirecta 18]**, la muerte de la **[Mujer Víctima Directa 11]** representó una experiencia traumática, ya que tenían una relación de convivencia, afecto y apoyo mutuo, además significó una sobrecarga de los roles al asumir la maternidad su bisnieto.

312. En cuanto al **[Niño Víctima Indirecta 17]**, ha crecido en estos años en compañía de su bisabuela, viéndola como una de sus figuras maternas. Para el **[Niño Víctima Indirecta 17]**, a pesar de que los familiares han colaborado en su crianza, la ausencia de su madre tendrá impactos en su historia de vida y personalidad.

V.8 Caso 8: Expediente CDHDF/III/122/IZTP/20/D0869

Víctimas Directas:

Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)

[Recién Nacida Víctima Directa 13]

313. **Teresa Gutiérrez Lezama** se encontraba embarazada de su primera hija, situación que le generó amplias expectativas respecto al ejercicio de su maternidad, por lo que, inició el control prenatal correspondiente.

- **Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”**

314. **Teresa Gutiérrez Lezama** acudió el 2 de diciembre de 2019, a las 15:24 horas, al Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la SEDESA, donde recibió atención en el área de Urgencias y se diagnosticó con aborto en evolución, secundario a incompetencia istmo cervical, con una dilatación de 5

centímetros y 60% de borramiento. En esa primera revisión, personal médico refirió a **Teresa**, que *“su bebé era prematura y que ya no se podía salvar.”*

315. A las 16:00 horas, personal del área de Ginecología y Obstetricia la revisó y determinó que presentaba actividad uterina, embarazo de aproximadamente 24.5 semanas de gestación, 4 centímetros de dilatación y 30% de borramiento. Asimismo, se asentó en su expediente clínico como antecedente de importancia, la presencia de obesidad e hipertensión arterial.
316. En ese momento, se le explicó a **Teresa** que era necesaria su hospitalización en el área de ginecología; no obstante, se le informó que, ante cualquier eventualidad, no se contaba con lugar disponible en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pese a esto, **Teresa** aceptó su ingreso para vigilancia del binomio, con la prescripción de otorgarle neuroprotección, esquema de maduración pulmonar y esquema antihipertensivo. Asimismo, personal médico requirió que se le realizara un registro tococardiográfico; sin embargo, en el expediente clínico no se adjuntó evidencia de que se le haya practicado, ni se mencionan o describen los hallazgos del mismo.
317. Durante su estancia, el 6 de diciembre de 2019, **Teresa** continuó con progresión de dilatación y borramiento. Para esa fecha, no era candidata a útero inhibición, ni a cesárea; sin embargo, en el expediente clínico no se refieren los motivos y tampoco se hace referencia en las notas médicas a las características de la actividad uterina.
318. Para el 7 de diciembre, pese al diagnóstico previamente señalado, se inició conducción de trabajo de parto con oxitocina, sin indicaciones precisas de las causas; no obstante, no progresó la dilatación ni el borramiento.
319. Se encuentra consignado en la nota médica del 7 de diciembre, que **Teresa** aceptó la conducción de trabajo de parto con oxitocina, conducta que de acuerdo con lo señalado por personal médico de este Organismo no se justifica ni con las condiciones clínicas que presentaba Teresa, ni con las condiciones fetales que presentaba [**Recién Nacida Víctima Directa 13**], ya que se trataba de un embarazo pretérmino, el cual debería de ser mantenido todo el tiempo posible para aumentar la viabilidad del producto y evitar las complicaciones propias de un nacimiento antes de término.
320. Para el 14 y 21 de diciembre, **Teresa** persistió con un avance importante en la dilatación y borramiento, contando con 7 centímetros del primero y 70% del segundo. Esta CDHCM documentó que, en esas fechas, se omitió la revisión del cérvix, su longitud y su dilatación.
321. Personal médico de la CDHCM constató que por las condiciones en las que ingresó **Teresa** el 2 de diciembre de 2019, era candidata a un cerclaje cervical de urgencia, aunque se entiende que no en todos los centros hospitalarios puede haber personal capacitado y experimentado para dicho procedimiento,

o bien, no contar con los insumos necesarios para realizarlo, por lo que una medida equiparable es la administración de progesterona micronizada, acción que sí se llevó a cabo, pero de manera deficiente, ya que fue hasta 11 días después de su ingreso y de manera inadecuada en razón de que no siempre se contó con ella.

322. En el mismo sentido, durante su estancia, previo al nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, se solicitaron estudios de bienestar fetal, las cuales no aparecen en el expediente remitido a esta CDHCM.
323. Asimismo, se documentó que no se le practicó a **Teresa** un ultrasonido en el que se observaran las características del cuello uterino (longitud y dilatación), hasta el 16 de diciembre de 2019, es decir, 14 días después del ingreso de la paciente y del cual tampoco se obtuvo dicha información.
324. Durante el periodo 21 al 23 de diciembre, personal médico no palpó actividad uterina, ni se encontró urgencia obstétrica, pero para el 23 de ese mes por la noche se indicó cesárea, en aras de disminuir complicaciones materno-fetales.
325. Es así que, el 24 de diciembre de 2019, por la madrugada, a través de un ultrasonido, se detectó que **Teresa** contaba con embarazo de 29.3 semanas de gestación, con circular de cordón a cuello, modificaciones compatibles con trabajo de parto, con contracciones uterinas, 8 centímetros de dilatación y 80% de borramiento.
326. Por lo anterior, **Teresa** pasó a quirófano para que le fuera practicada la cesárea. La **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue obtenida con dificultades para la extracción, sin llanto, sin respirar, con frecuencia cardiaca baja, con tono disminuido y cianótica; condiciones por las que requirió labores básicas de reanimación, dándole dos ciclos de presión positiva, sin respuesta total, por lo cual fue intubada.
327. En el periodo del puerperio, durante los días 27 y 28 de diciembre de 2019, **Teresa** presentó picos febriles. Asimismo, manifestó edemas en ambas extremidades, mismos que evaluó el personal médico. Debido a que tuvo una adecuada evolución, fue dada de alta el 29 de diciembre de 2019.
328. Sin embargo, el 2 de enero de 2020, **Teresa** reingresó al nosocomio en razón de que presentó absceso de herida quirúrgica, con salida de material serohemático, lo que ameritó su drenaje por personal del nosocomio, y su hospitalización para valorar si comprometía la cavidad abdominal. Finalmente, **Teresa** fue dada de alta el 5 de enero de ese año.

- **Recién Nacida Víctima Directa 13**

329. Posterior a su nacimiento, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de ese nosocomio,

con los diagnósticos de prematurez, hipoxia perinatal y síndrome de dificultad respiratoria.

330. Para el 29 de diciembre, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se le suministró un esquema antimicrobiano. Cabe destacar que, en la nota médica de esa fecha, se estableció que el personal del nosocomio no contaba con insumos para el inicio de la nutrición parenteral que se le ordenó.
331. Para el 6 de enero de 2020, se reportó que había presentado vómito con distensión abdominal y resistencia muscular. Para el 8 de enero, presentaba abdomen globoso, resistencia a la palpación, con dolor a la exploración, sin haber presentado evacuaciones desde el día anterior, situación que ameritó su valoración mediante radiografía, en la que se encontró sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Esta situación mejoró para el 11 de enero, cuando -según la nota médica- el abdomen lucía en mejores condiciones para reiniciar la alimentación vía oral.
332. El 12 de enero de 2020, presentó riesgo de hemorragia intracraneal y daño neurológico, por lo que se requirió su valoración con ultrasonido transfontanelar, mismo que arrojó datos de encefalopatía hipóxico isquémica. Durante diversos momentos, se intentó retiro de CPAP, pero presentó apneas que ameritaron la reinstalación.
333. Por mejoría y remisión de varios de sus padecimientos al nacimiento, para el 31 de enero de 2020, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue trasladada al área de crecimiento y desarrollo del nosocomio.
334. El 1 de febrero, **Teresa** vio a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, con quien estuvo hasta cerca de las 19:00 horas.
335. En la madrugada del 2 de febrero de 2020, cerca de la 1:45 horas, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** sufrió una caída, aparentemente de la incubadora 18. De acuerdo a la narración de hechos realizada por la enfermera en turno, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue levantada inmediatamente por ella y posteriormente procedió a notificar la situación al doctor Emilio Morales Pérez, neonatólogo de guardia.
336. El doctor Emilio Morales realizó una revisión a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** a la que encontró irritable y con aumento de volumen en la región parieto occipital derecha, por lo que ordenó su colocación en cuna de calor radiante con monitorización continua. La **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** requirió la realización de una radiografía AP y lateral de cráneo, de huesos largos y toracoabdominal, pero no había médico radiólogo en la unidad, por lo cual se solicitó apoyo del Hospital General Tláhuac. En el entretiempp, le fue practicada un ecocardiograma, mismo que no resultó concluyente en razón de que el aparato no es apto, motivo por el cual se sugirió la práctica de una

tomografía de cráneo; sin embargo, el nosocomio tampoco contaba con tomógrafo en ese momento. La **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue trasladada al Hospital General Tláhuac de la SEDESA para tales efectos, de cuyos resultados se obtuvo con fractura parietal derecha.

- 337.** A las 2:00 horas de ese mismo día (2 de febrero), una trabajadora social le marcó por teléfono a **Teresa** y le indicó la necesidad de que acudiera urgentemente al nosocomio. Al arribar, **Teresa** se entrevistó con personal del área de trabajo social, quienes le pidieron que esperara. En ese momento, se presentó el médico Héctor Téllez, y solicitó a trabajo social que gestionara una cita para la paciente la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** al Hospital Pediátrico Legaria de la SEDESA, sin darle a Teresa mayor información.
- 338.** De manera posterior, **Teresa** fue llamada por el doctor Emilio Morales quien le dio la noticia de que su hija había sufrido un percance consistente en la caída, por lo que decidió trasladarla para realizarle el estudio tomográfico urgentemente, motivo por el que no esperó a que **Teresa** llegara al nosocomio.
- 339.** A las 11:00 horas, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** fue trasladada al Hospital Pediátrico Legaria para valoración de neurocirugía, donde se confirmó el diagnóstico de fractura parietal derecha, hematoma subgaleal y epidural laminar sin ameritar manejo quirúrgico. Para el 4 de febrero, a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** le fue practicada una nueva tomografía, reiterándose los diagnósticos y el tratamiento conservador (no quirúrgico).
- 340.** El 5 de febrero de 2020, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** presentó palidez generalizada, hipotensión arterial, bradicardia y desaturación, requiriendo apoyo de presión positiva y soluciones salinas. En esa fecha, el personal médico del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” le informó a **Teresa** que se realizaría la notificación correspondiente del caso al Órgano Interno de Control de la SEDESA, hecho que sucedió hasta el 14 de febrero de ese año.
- 341.** Debido a que el 6 de febrero la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** presentó hipotensión y acidosis metabólica descompensada, fue trasladada al Hospital Pediátrico Moctezuma de la SEDESA para valoración de Cirugía Pediátrica, donde se diagnosticó con riesgo de perforación intestinal.
- 342.** El 7 de febrero de 2020, a las 00:50 horas, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** presentó desaturación, sangrado pulmonar y cianosis, lo que ameritó el incremento de parámetros de ventilación sin obtener mejoría. Se le cambió ventilador debido a disfunción del mismo; sin embargo, continuó desaturando. Ante esa situación, se le dio nuevamente presión positiva para mantener adecuada saturación.

343. A las 1:30 horas de ese 7 de febrero, se le practicó radiografía de tórax descartando barotrauma y volutrauma; empero, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** cayó en paro cardiorrespiratorio a las 2:41 horas, por lo que se le proporcionaron maniobras de reanimación con presión positiva, masaje cardíaco y administración de medicamentos, sin que estos generaran una mejoría. La **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** falleció a las 2:55 horas de ese mismo día con los diagnósticos de *“choque séptico, hemorragia pulmonar masiva, sepsis neonatal tardía, enterocolitis necrosante y prematuridad.”*
344. En consecuencia, personal del nosocomio se comunicó con **Teresa**, solicitándole que acudiera urgentemente sin darle mayor información. A su llegada, le dieron la noticia del fallecimiento la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, sin la entrega del certificado de defunción respectivo.
345. El 11 de febrero de 2020, el “Comité de Calidad y Seguridad del Paciente” del nosocomio, sesionó el caso relativo a la atención brindada a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** y determinó como recomendación reforzar la supervisión y apoyo al personal operativo; realizar notificación por escrito de las necesidades; mantener capacitación y apego a las acciones de seguridad del paciente; proteger al paciente de mayores lesiones y aplicar atenciones para detener, revertir o mitigar daño; apoyo inmediato de las y los profesionales de la salud; notificación inmediata al ministerio público; notificación a autoridades y familiares e investigación inmediata. Asimismo, reconoció fallas en la atención brindada a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** como la falta de apego a medidas para la prevención, el número de pacientes contra el número de personal, la falta de supervisión constante, falta de capacitación reciente, falta de presupuesto y la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de incubadoras.
346. Por otro lado, se realizó un dictamen técnico de la incubadora, mismo que es concluyente en definir que no hay registro de actividad de revisión por falla, ni solicitud del personal para verificar el mal funcionamiento de la incubadora. Aunado a lo anterior, se concluyó que el personal médico y de enfermería tiene la posibilidad de definir, con base en las condiciones de una incubadora, si es viable su uso. Del análisis de la incubadora, se observó que la puerta involucrada se encontró sin daños de una posible caída; además, que las puertas laterales se encuentran en buenas condiciones, por lo que una caída es imposible si éstas se encuentran cerradas. Para llegar a tales conclusiones, se realizó una simulación, confirmando que una caída era imposible y que la única forma de suceder es por una puerta lateral abierta y ante la falta de vigilancia de un bebé.
347. El 12 de febrero de 2020, personal de CDHCM acudió al nosocomio, donde personal de ingeniera biomédica indicó que la incubadora presentaba rotura de ambas bisagras de tapa inferior; sin embargo, si ésta se encuentra con ambos seguros puestos, no es posible que se abra o desplace, incluso con movimiento al interior.

348. Adicionalmente, en su dictamen médico, el personal de la CDHCM concluyó que, hasta el 1° de febrero de 2020, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** se encontraba estable, con varios de sus padecimientos de nacimiento remitidos y otros en protocolo de diagnóstico y tratamiento, tan es así que continuaba su tratamiento en el área de crecimiento y desarrollo. Al respecto, se enfatizó que el deterioro que mostró la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** a partir del 2 de febrero de ese año, se atribuye directamente al daño neurológico generado por el traumatismo craneoencefálico, lo que complicó su estado de salud hasta provocar su ulterior fallecimiento el 7 de febrero.

349. En dicha opinión médica, personal de esta CDHCM determinó la existencia de un descuido y, particularmente, en cuanto a la incubadora concluyó que, si dicho equipo médico presentaba alguna falla o desperfecto previo al incidente, éste debió ser identificado, reportado inmediatamente y retirado del servicio para disminuir los riesgos a las y los pacientes neonatales. Finalmente, observó que los expedientes clínicos de la atención brindada a **Teresa**, así como a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, no cumplen con lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

- **Fiscalía General de Justicia.**

350. Por los hechos antes mencionados, el 7 de febrero de 2020, a las 10:33 horas, **Teresa** presentó una denuncia en la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Iztapalapa (IZP-8) de la FGJ-CDMX, iniciándose la correspondiente carpeta de investigación por el delito de homicidio culposo.

351. En esa misma fecha, el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” le entregó el Formato Único de Notificación de Caso Médico Legal, describiendo la situación de la caída de la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** y los motivos de su fallecimiento.

352. Asimismo, como parte de las acciones, se elaboró el certificado médico de cadáver, feto o segmento, encontrándose que presentaba aumento de volumen de 3 por 3 centímetros en la región temporal lado izquierdo y cabalgamiento de huesos parietales.

353. Por su parte, el peritaje de necropsia determinó que, a nivel craneal, presentaba hematoma subgaleal de color negro con coagulo organizado; encéfalo con hematoma en ambos lóbulos parietales y con hemorragia subaracnoidea, concluyendo que la muerte se debió a las alteraciones viscerales y tisulares causadas por el traumatismo craneoencefálico mortal.

354. Como parte de la investigación, se requirió a Policía de Investigación que recabara los videos del área donde sucedieron los hechos; sin embargo, personal del nosocomio informó que carece de cámaras de vigilancia.

Además, se encontró que el área de crecimiento y desarrollo ya había sido manipulada y la incubadora cambiada de área.

355. Dicha carpeta de investigación intentó ser canalizada a la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos, a finales del mes de septiembre de 2020; sin embargo, fue devuelta el 1° de octubre de ese mismo año.
356. Según informes de la FGJ-CDXM, para abril de 2021, la carpeta de investigación se encontraba en la Coordinación de Servicios Periciales, para la emisión del peritaje en materia de mecánica, mismo que se entregó aproximadamente 18 meses después.
357. En noviembre de 2021, la representante legal de **Teresa** informó que la carpeta de investigación llevaba dos meses extraviada, en virtud del cambio de instalaciones de la Fiscalía, información que fue confirmada por personal de esa CDHCM. Finalmente, fue hasta 9 meses después que la Fiscalía Desconcentrada la localizó.
358. A tres años de acontecidos los hechos, dicha carpeta no ha sido determinada, ni en vísperas de que ello ocurra, ya que fue hasta el mes de julio del año en curso, que se solicitó la emisión del dictamen en materia de medicina forense y criminalística, mismos que se emitieron entre los meses de julio y agosto.
359. En el dictamen de medicina forense, el perito concluyó que la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** falleció de las alteraciones viscerales y tisulares causadas por el traumatismo craneoencefálico.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

360. La Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM en su Informe de Impactos Psicosociales señaló que **Teresa** sufrió afectaciones en su ámbito psicoemocional, su salud física, en su ámbito laboral y económico, su sistema de creencias, su ámbito familiar y su proyecto de vida, todos atribuibles a los hechos sucedidos en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la SEDESA, así como en la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México.
361. **Teresa** tenía ilusiones de hacer una familia con su hija, pero la pérdida ha resignificado su proyecto de vida de ser madre, ya que le da miedo que vuelva a ocurrir lo mismo.

V.9 Caso 9: Expediente: CDHCM/III/121/TLAH/21/D5516

Víctimas directas:

[Mujer Víctima Directa 14]

Víctimas indirectas:

[Niño Víctima Indirecta 19]

[Niña Víctima Indirecta 20]

[Mujer Víctima Indirecta 21]

[Víctima Indirecta 22]

362. La [Mujer Víctima Directa 14] tenía 20 años al momento de los hechos. Habitaba con sus padres, la [Mujer Víctima Indirecta 21] y la [Víctima Indirecta 22], así como con su hija la [Niña Víctima Indirecta 20]. Se encontraba embarazada de su segundo hijo, el [Niño Víctima Indirecta 19], por lo que dio seguimiento puntal en la Unidad Médica Móvil “Degollado” de SERSALUD, donde el 14 de diciembre de 2020, le entregaron una referencia para acudir al Hospital Materno Infantil Tláhuac (en adelante HMIT) de la SEDESA para atención del parto y ejecución de oclusión tubárica bilateral por paridad satisfecha.

- **Hospital Materno Infantil Tláhuac**

363. La [Mujer Víctima Directa 14] acudió al nosocomio los días 27 y 28 de diciembre de 2020, citas de las que se tiene conocimiento por información proporcionada por la SEDESA; no obstante, no obran notas médicas de valoración de estas fechas, situación que incumple lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. En dichas ocasiones, le dijeron a la Mujer Víctima Directa 14 que no podían atenderla hasta que “se le rompiera la fuente o el bebé ya estuviera afuera”; aunado a que solicitó que le practicaran una cesárea, pero se la negaron, diciéndole “no te podemos practicar una cesárea, vuelve cuando tengas los síntomas”.

364. El 6 de enero de 2021, a las 6:32 horas, la [Mujer Víctima Directa 14] acudió al HMIT al encontrarse en trabajo de parto en periodo expulsivo. Al llegar al servicio de Urgencias, se inició una hoja de Triage con su nombre, pero ésta no fue debidamente llenada.

365. La [Mujer Víctima Directa 14] fue revisada a las 6:35 horas por el médico Salvador Elizalde Gutiérrez, adscrito al área de Urgencias, quien diagnosticó embarazo de 41 semanas de gestación, en periodo expulsivo, con 10 centímetros de dilatación y 100% de borramiento. En esos momentos, el nosocomio no contaba con médico ginecólogo que atendiera la emergencia obstétrica, por lo cual fue el médico previamente señalado quien realizó lo concerniente para la atención del trabajo de parto.

366. A la **[Mujer Víctima Directa 14]** le fue realizada una episiotomía, misma que no es recomendada para mujeres que presentan parto vaginal espontáneo. El **[Niño Víctima Indirecta 19]** nació a las 06:42 horas de esa fecha, con adecuadas condiciones de salud, lloró y respiró al nacer, con *Apgar* 9/9, por lo cual la **[Mujer Víctima Directa 14]** pasó al área de recuperación.
367. Posteriormente, cerca de las 13:00 horas, la **[Mujer Víctima Directa 14]** pasó a la Unidad Tocoquirúrgica del HMIT, con la finalidad de practicarle una intervención quirúrgica de Oclusión Tubárica Bilateral, ya que manifestó paridad satisfecha, procedimiento quirúrgico que concluyó a las 13:30 horas.
368. Durante su estancia en el nosocomio, la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó fuertes dolores abdominales, en una escala de 7/10. En la visita de las 16:00 horas, la **[Mujer Víctima Directa 14]** manifestó a su familiar que tenía dolor en el vientre, respondiéndole el personal de enfermería *“aguántate, acabas de tener un bebé en parto, son normales esos dolores”*. Asimismo, personal médico indicó que a las 16:14 horas, presentó dolor vulvar. Una de las enfermeras solicitó al médico ginecólogo que revisara la condición de salud de la **[Mujer Víctima Directa 14]**; sin embargo, no obra nota médica de dicha valoración donde se determinaran hallazgos ante esa sintomatología.
369. Para el 7 de enero de 2021, a las 12:50 horas, la **[Mujer Víctima Directa 14]** y el **[Niño Víctima Indirecta 19]** fueron dados de alta del nosocomio.
370. Personal médico de la CDHCM indicó que por la sintomatología que presentó la **[Mujer Víctima Directa 14]** previo a su egreso, debió ser evaluada y descartar debidamente si el dolor pudo haber tenido un origen diferente al causado propiamente por la intervención quirúrgica y, de ser el caso, otorgar tratamiento. Tampoco se documentó en la nota de egreso si la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó alguna sintomatología que debiera evaluarse y sólo se describió la exploración física, lo que no es acorde a la literatura médica.
371. Desde su egreso del nosocomio, la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó dolor abdominal generalizado e intenso, frío, temperatura baja, sudoración excesiva, sueño pesado, inapetencia, mialgias y artralgias. Fue hasta el 9 de enero de 2021, que la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó delirios, inflamación, vómito fétido, por lo que acudió nuevamente al HMIT, donde el personal se negó a recibirla por presentar síntomas de contagio por el coronavirus SARS-CoV2, solicitándole que se practicara una prueba.
372. Por ende, acudió con un médico particular quien le recetó tratamiento medicamentoso; no obstante, con la primera toma, la **[Mujer Víctima Directa 14]** manifestó estupor y perdió el conocimiento. En razón de lo anterior, fue trasladada por sus familiares inmediatamente al HMIT, donde finalmente ingresó a las 22:45 horas, en un estado de extrema gravedad.

373. Ahí, fue revisada por el médico José Carlos Castrejón Cuenca, quien la encontró estuporosa, con ruidos cardiacos aumentados en intensidad y frecuencia; abdomen aumentado en volumen, distendido, doloroso a la palpación, pulsos disminuidos, cianótica, con hipotermia, así como con alteraciones en la respiración. Asimismo, practicó un tacto vaginal, observando sangrado transvaginal no fétido, con presencia de coágulos. El diagnóstico fue choque hipovolémico de origen a determinar.
374. En consecuencia, la ginecóloga Yolanda Granados Navarrete valoró a la **[Mujer Víctima Directa 14]**, quien determinó que cursaba con abdomen doloroso a palpación, al tacto vaginal con loquios escasos hemáticos no fétidos, sin pulso y cianótica. Por tanto, dicha médica solicitó el traslado urgente de la **[Mujer Víctima Directa 14]**. Desde las 23:50 horas, se hicieron diversos intentos de traslado con nosocomios de la red de salud de la Ciudad de México y de la Secretaría de Salud Federal; sin embargo, de las 11 gestiones realizadas, en 7 no contestaron y en 4 refirieron no tener personal o espacio en el área de Terapia Intensiva; además, en las gestiones realizadas con el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) se documentó que no contaban con ambulancia en terapia intensiva.
375. Durante la espera de traslado, a las 2:00 horas, debido a la condición de salud que presentaba la **[Mujer Víctima Directa 14]**, la médica determinó realizar laparotomía exploradora y suministrar tratamiento hemodinámico e intubación orotraqueal. En dicha intervención, se encontró que la **[Mujer Víctima Directa 14]** tenía 2.5 litros de material purulento fétido en cavidad peritoneal, natas de fibrina en pared abdominal, pelvis y abdomen congelados, así como útero necrótico, por lo que diagnosticó choque séptico.
376. La **[Mujer Víctima Directa 14]** permaneció en quirófano hasta cerca de las 10:45 horas del 10 de enero de 2021. Durante el procedimiento, el nosocomio careció de suficiente personal, medicamentos e insumos para la atención que la **[Mujer Víctima Directa 14]** requería, ya que del expediente clínico se desprende que solo había un ginecobstetra en turno, no había terapia intensiva, banco de sangre, no contaba con medicamentos, ni con catéter central adecuado, lo cual imposibilitó que se le practicara exploración de asas intestinales.
377. Personal médico de la CDHCM documentó que el equipo quirúrgico que intervino en dicho procedimiento fue incompleto, pues sólo se realizó por una enfermera y la ginecobstetra, sin contar con personal de Cirugía General. Asimismo, determinó que el Hospital Materno Infantil Tláhuac, al ser de segundo nivel, debió contar con todos los servicios.
378. En la minuta del caso clínico de la sesión realizada por el personal del HMIT de fecha 19 de noviembre de 2021 se indicó que, durante el primer ingreso de la **[Mujer Víctima Directa 14]**, hubo deficiencias en la integración del expediente clínico, entre otras cosas, porque no hay notas de egreso, notas

de ingreso, ni hojas de Triage. Además, se pronunció sobre la falta de personal médico y la omisión de valorar estudios de laboratorios. En cuanto a su reingreso, se documentó también que sólo había un médico en turno y que hubo dilación en el sistema de referencia.

- **Hospital General Xoco**

- 379.** Fue hasta las 13:50 horas del 10 de enero de 2021, que, vía helicóptero, la **[Mujer Víctima Directa 14]** arribó al Hospital General Xoco de la SEDESA, sin acompañamiento de personal médico, paramédico, ni de enfermería para conocer antecedentes.
- 380.** Ingresó directamente al área de Terapia Intensiva de ese nosocomio, con Código Mater activado. A la exploración se encontró con sedación y ventilación, en malas condiciones generales, drenaje en flanco izquierdo con abundante salida de material serohemático fétido, poco reactiva al estímulo luminoso y doloroso, con ausencia de movimientos peristálticos, piel marmórea y equimosis en punciones, razón por la que se diagnosticó con sepsis abdominal. Además, se transfundieron concentrados plaquetarios y plasma fresco al detectar plaquetopenia y se programó para intervención quirúrgica; no obstante, el hospital no contaba con personal de ginecología.
- 381.** Fue hasta las 20:30 horas, que la **[Mujer Víctima Directa 14]** fue intervenida encontrando plastrón y asas intestinales con edemas, membranas de fibrina, adherencias asa-asa y asa-epiplón, intestino con perforación del 40%, útero con necrosis del 30%. Por lo anterior, se realizó cierre primario de intestino delgado, lavado y secado de cavidad y colocación de Bolsa de Bogotá. El diagnóstico fue lesión de íleon y útero de *Couvalier*. Al salir del quirófano, la **[Mujer Víctima Directa 14]** permaneció con doble hipnótico y tratamiento por estado de choque y trombocitopenia.
- 382.** A las 6:30 horas del 11 de enero de 2021, se encontró a la **[Mujer Víctima Directa 14]** con abundante sangrado, por lo cual requería reintervención por el área de Cirugía General, hecho que sucedió hasta la tarde ese día. En esa nueva cirugía, se encontró con necrosis en toda la pared superior del útero, en la pared inferior de color verdoso y fétido, la pared abdominal infiltrada de un proceso inflamatorio y necrosis, hígado afectado, natas de fibrina en epiplón y útero fétido; situación por la que se realizó lavado y secado de cavidad y empaquetamiento.
- 383.** Para el 12 de enero de 2021, la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó cambios pupilares marcados, por lo que se suspendió sedación y se solicitó valoración por el servicio de Neurocirugía, el cual determinó deterioro rostrocaudal severo e indicios de datos clínicos de daño cerebral irreversible. Asimismo, se le practicó resonancia magnética, encontrando hemorragia parenquimatosa de focos múltiples.

384. El 13 de enero de 2021, la **[Mujer Víctima Directa 14]** continuó con trombocitopenia, falla orgánica múltiple y se determinó la necesidad de practicar una intervención quirúrgica para lavado de cavidad abdominal; sin embargo, por las condiciones de salud de la **[Mujer Víctima Directa 14]**, no había posibilidad de someterla a dicho procedimiento.

385. El 14 de enero de 2021, presentó asistolia, declarándose fallecida a las 12:15 horas.

- **Impactos psicosociales y en su proyecto de vida**

386. En la Nota Psicosocial elaborada por personal adscrito a la Dirección de Atención Psicosocial de esta CDHCM se documentó que la **[Mujer Víctima Indirecta 21]** sufrió afectaciones en su ámbito psicoemocional, su salud física, en su ámbito laboral y económico, su sistema de creencias, su ámbito familiar y su proyecto de vida, aunado a que presenta un duelo complicado por la muerte de la **[Mujer Víctima Directa 14]**, con quien había afianzado su nexo durante su embarazo.

387. Su proyecto de vida se modificó radicalmente al estar encargada de los hijos de la **[Mujer Víctima Directa 14]**. Pese a que el **[Niño Víctima Indirecta 19]** y la **[Niña Víctima Indirecta 20]**, son aún muy pequeños, a la **[Mujer Víctima Indirecta 21]** le preocupa cómo manejar el tema de la muerte de su madre, ya que, sobre todo, la **[Niña Víctima Indirecta 20]** recuerda que hubo alguien ahí que la cuidó.

388. Su familia se ha reconfigurado, pues la muerte de la **[Mujer Víctima Directa 14]** marcó un antes y un después. El proyecto de familia tanto de la **[Víctima Indirecta 21]** como de la **[Víctima Indirecta 22]**, se ha vertido en las necesidades de sus hijos y sus nietos, situación que les genera angustia y estrés por no contar con la fuerza y juventud necesarias.

VI. **Marco jurídico aplicable**¹²⁶

389. 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 este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (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”.¹²⁷

¹²⁶ Para mayor referencia, véase el apartado VI. Marco jurídico aplicable, de la Recomendación 1/2019.

¹²⁷ En este sentido, véase Pleno, “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

- 390.** 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 eficiencia normativa directa de la Constitución se añade su eficacia como marco de referencia o criterio dominante en la interpretación de las restantes normas.¹²⁸ 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 en los tratados internacionales, mientras que en sentido estricto implica que cuando existan varias interpretaciones válidas, preferirá aquella que sea acorde con la norma constitucional y los instrumentos internacionales.¹²⁹
- 391.** Por otro lado, la SCJN ha entendido que el principio pro persona busca maximizar la vigencia y el respeto a 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”.¹³⁰ En el ámbito local, la CPCM establece en el mismo sentido la prevalencia de dicho principio en la aplicación e interpretación de las normas de derechos humanos.
- 392.** El tercer párrafo del artículo 1° de la CPEUM, en consonancia con el artículo 4°, apartado B, de la CPCM, 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.
- 393.** Sobre la cuestión, el artículo 4°, apartado A, de la CPCM relativo a la protección de los derechos humanos establece que los derechos humanos, en su conjunto, conforman el parámetro de regularidad constitucional local;

expresa al ejercicio de aquéllos, se debe estar a lo que establece el texto constitucional”, tesis de jurisprudencia P./J.20/2014 (10a.) en materia constitucional, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, libro 5, t.I, abril de 2014.

¹²⁸ Al respecto, véase Primera Sala, “Interpretación conforme. Naturaleza y alcances a la luz del principio pro persona”, tesis de jurisprudencia 1a./J.37/2017 (10a.) en materia constitucional, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, libro 42, t.I, mayo de 2017.

¹²⁹ En tal sentido se puede consultar Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas, “El control de constitucionalidad en México, a partir de la reforma de junio de 2011. Ensayo sobre el control difuso de la constitucionalidad de normas en el sistema jurídico mexicano”, en José Luis Caballero Ochoa y Rubén Sánchez Gil (coords.), *Derechos constitucionales e internacionales. Perspectivas, retos y debates*, México, Tirant lo Blanch, 2018.

¹³⁰ Al respecto véase Primera Sala, “Principio pro persona. Requisitos mínimos para que se atiende el fondo de la solicitud de su aplicación, o la impugnación de su omisión por la autoridad responsable”, tesis aislada 1a. CCC/XXVII/2014 (10a.) en materia constitucional y común, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, libro 11, t.I, octubre de 2014.

asimismo, que éstos pueden ejercerse a título individual o colectivo, tienen una dimensión social y son de responsabilidad común.

394. 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 de éstas:

- a) Obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.¹³¹
- b) Obligaciones específicas de garantía para asegurar el ejercicio de los derechos y elevar los niveles de bienestar.¹³²
- c) Obligaciones específicas de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.¹³³

395. A su vez, en el ámbito de competencia constitucional local, el artículo 4.B de la CPCM establece:

1. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, complementariedad, integridad, progresividad y no regresividad, son principios de los derechos humanos¹³⁴.
2. Los derechos humanos son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables, irrevocables y exigibles.
3. En la aplicación e interpretación de las normas de derechos humanos prevalecerá el principio pro persona¹³⁵.
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.

396. De conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, así como con la CPEUM y la CPCM, en México todas las autoridades, tanto federales como locales, tienen las obligaciones de promover, proteger, respetar y garantizar los derechos humanos. Así, 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.¹³⁶
- ii. El ejercicio individual o colectivo de los derechos humanos.¹³⁷

¹³¹ Artículo 4. A.3.

¹³² Artículo 4. A.4.

¹³³ Artículo 4. A.5. En el mismo sentido, el tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

¹³⁴ En idéntico sentido, el tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

¹³⁵ En idéntico sentido, el segundo párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

¹³⁶ Artículo 4. A.1. En el mismo sentido, el primer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM.

¹³⁷ Artículo 4. A.2.

- iii. El principio de garantía colectiva de los derechos humanos.¹³⁸
- iv. Las obligaciones de las autoridades.¹³⁹
- v. Un modelo de control de constitucionalidad local.¹⁴⁰

397. En tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁴¹ como la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁴² establecen las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos humanos. Además, en el caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras* la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) estableció:

166. La segunda obligación de los Estados Partes es la de “garantizar” el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención a toda persona sujeta a su jurisdicción. Esta obligación implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.

398. En este contexto, la Comisión en el ámbito de sus competencias y atribuciones como organismo protector de derechos humanos, tiene la obligación legal¹⁴³, constitucional¹⁴⁴ y convencional¹⁴⁵ de garantizar los derechos humanos, inclusive, de ser el caso, la de realizar un control de convencionalidad *ex officio*¹⁴⁶. Así, esta Comisión funda sus recomendaciones principalmente en

¹³⁸ Artículo 4.A.2, *in fine*; y artículo 5.B.

¹³⁹ Artículos 4.A.3, 4.A.4 y 4. A.5.

¹⁴⁰ Artículo 4. A.6.

¹⁴¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), artículo 2.1.

¹⁴² Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), artículo 1.1.

¹⁴³ El artículo 2° de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 3° de la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México establecen que ésta es “un organismo público autónomo [...], que está encargada [...] de la promoción, protección, garantía, defensa, vigilancia, estudio, investigación, educación y difusión de los derechos humanos [...]”.

¹⁴⁴ El tercer párrafo del artículo 1° de la Constitución Política de la 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.*”

¹⁴⁵ 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.

¹⁴⁶ 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,

las disposiciones de derechos humanos establecidas en la CPCM¹⁴⁷, en la CPEUM y en las diversas fuentes del Derecho Internacional de los Derechos Humanos e incluso la interpretación que los organismos internacionales de derecho humanos realizan respecto del contenido y alcance de los derechos de fuente internacional, favoreciendo en todos los temas, la mayor protección de las personas y sus derechos humanos.

- 399.** En este orden de ideas, se expresa enseguida el parámetro normativo a partir del cual se determinará el contenido y alcance de los derechos humanos implicados en el presente instrumento recomendatorio, sin que pretenda ser una sistematización exhaustiva de los elementos normativos de los derechos humanos implicados, sino la determinación específica del contenido normativo de tales derechos que ha servido a esta Comisión como parámetro de análisis jurídico de las violaciones a derechos humanos que se investigaron en los expedientes de queja motivo del presente instrumento recomendatorio.

Eje transversal de análisis: perspectiva de género

- 400.** Las fuentes jurídicas citadas en el presente apartado se inscriben en un sistema de carácter normativo social que, aunque es de apariencia neutral, no deja de obedecer a una estructura patriarcal y androcentrista¹⁴⁸ que termina impactando de manera diferenciada a las partes dependiendo muchas veces de su identidad. Por ende, al momento de su interpretación y aplicación a los casos concretos, debe de observarse en un primer momento, el principio a la igualdad y no discriminación. Lo anterior, como parte de las herramientas metodológicas que le permiten a las autoridades develar las situaciones de desigualdad y discriminación que pueden estar reproduciendo, diferencias que está dejando de lado, entre otros efectos no deseados.
- 401.** Al respecto, el principio de igualdad y no discriminación es la línea base para el acceso a todos los demás derechos a partir del reconocimiento de la personalidad y la capacidad jurídica. La Comisión Interamericana de Derechos

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 multicitado 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.

¹⁴⁷ 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.

¹⁴⁸ Véase “El género como categoría de análisis”. Olsen, Frances (2000) y *Androcentrism*, Hutchinson, Jocelyn, Salem Press Encyclopedia (2019)

Humanos (en adelante, CIDH) ha establecido reiteradamente que el principio de no discriminación es uno de los pilares de cualquier sistema democrático y que es una de las bases fundamentales del sistema de protección de derechos humanos¹⁴⁹.

- 402.** Ahora bien, la aplicación del principio de igualdad y no discriminación supone el cuestionamiento de la “neutralidad” de la norma en la interpretación del derecho¹⁵⁰. Lo anterior engloba, desde un enfoque de derechos humanos, la lectura de las obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar que tienen todas las autoridades a la luz de las distintas desigualdades sociales, dentro del ámbito de su competencia.
- 403.** La aplicación del principio de igualdad y no discriminación también requiere tomar en cuenta las diferencias que pueden existir entre las personas por razones de raza, color de piel, sexo, género, orientación sexual, edad, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, estado civil, condiciones de salud o cualquier otra condición¹⁵¹.
- 404.** La doctrina y diversas fuentes normativas han acuñado el término *categorías sospechosas*¹⁵² para hacer referencia a las razones de distinción, exclusión, restricción o preferencia no justificadas basadas en relaciones de poder y subordinación históricas¹⁵³ que enfrentan ciertos grupos, denominados de atención prioritaria, por ejemplo: las mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- 405.** Posterior a la identificación de estas diferencias identitarias las autoridades deben de analizar cómo éstas en el ejercicio de sus derechos se traducen en discriminación, desigualdades, barreras, brechas de acceso, violencias y limitantes al ejercicio de sus derechos humanos en general dependiendo del contexto en el que la persona se encuentre. Tomando en cuenta que, pueden confluir varias de estas categorías en una misma persona, la actuación de la

¹⁴⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares Interamericanos. OEA/Ser.L/V/II.171 Doc. 31 12 febrero 2019. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-IgualdadNoDiscriminacion.pdf>

¹⁵⁰ “El sexo en el derecho” En: Ruiz, Alicia (comp) Identidad Femenina y discurso jurídico. Colección Identidad, Mujer y Derecho. Nueva York: Pantheon, pp. 137-156

¹⁵¹ Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.

¹⁵² CATEGORÍAS SOSPECHOSAS. LA INCLUSIÓN DE NUEVAS FORMAS DE ÉSTAS EN LAS CONSTITUCIONES Y EN LA JURISPRUDENCIA ATIENDE AL CARÁCTER EVOLUTIVO DE LA INTERPRETACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. CCCXV/2015 (10a.); TA; Publicación: viernes 23 de octubre de 2015.

¹⁵³ DERECHO HUMANO A LA IGUALDAD JURÍDICA. CONTENIDO Y ALCANCES DE SU DIMENSIÓN SUSTANTIVA O DE HECHO.

SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. XLIII/2014 (10a.); TA; Publicación: viernes 14 de febrero de 2014.

Véase también: CATEGORÍA SOSPECHOSA. SU ESCRUTINIO. SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; P./J. 10/2016 (10a.); J; Publicación: viernes 23 de septiembre de 2016.

autoridad debe de atender la forma específica en la que se expresa la discriminación o violencia con efectos diferenciados¹⁵⁴. Es decir, requiere un ejercicio de análisis en el que se consideren todos los supuestos de manera interseccional a partir del estudio de la confluencia de categorías no como una suma de vulnerabilidades, sino como un escenario analíticamente inseparable propio de la multidimensionalidad de las personas y sus identidades¹⁵⁵.

- 406.** Es por eso que, desde la lógica del derecho a la igualdad y no discriminación, las autoridades deben adoptar medidas administrativas, legislativas, o de cualquier otra índole —como las acciones afirmativas, las políticas públicas, la reingeniería institucional, la armonización normativa o herramientas metodológicas y técnicas de interpretación diversas— que permitan lograr una correspondencia de oportunidades entre las personas pertenecientes a los grupos de atención prioritaria y el resto de la población al evitar que se siga produciendo una diferenciación injustificada que perpetúe la marginación histórica y/o estructural de un grupo social¹⁵⁶.

Perspectiva de género

- 407.** Una de las herramientas metodológicas que encuentran su fundamento en el principio de igualdad y no discriminación, es la perspectiva de género, ya que esta tiene como objetivo develar situaciones de desigualdad que pueden estar siendo reproducidas por las autoridades estatales bajo el sistema de entendimiento binario del sexo-género, la heterosexualidad obligatoria y otros ejes de opresión que edifican relaciones de poder basadas en la jerarquización y en perjuicio de grupos en situación de vulnerabilidad.
- 408.** La aplicación de la perspectiva de género como técnica de interpretación también permite la identificación de estereotipos, prejuicios, prácticas discriminatorias basadas en roles de género normalizados en el actuar institucional. La perspectiva de género hace posible el reconocimiento de los tratamientos desiguales injustificados entre las personas en un contexto determinado y, a la vez, en casos de violencia expone y detalla las razones de género que pueden llegar a motivar la misma.

¹⁵⁴ DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE O INTERSECCIONALIDAD DE LA DISCRIMINACIÓN. SU CONCEPTO Y CASO EN EL QUE SE ACTUALIZA. TCC; 11a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; I.4o.A.9 CS (10a.); TA; Publicación: viernes 07 de mayo de 2021.

Véase también: Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 298. Párr. 290

¹⁵⁵ Interseccionalidad, Hill Collins y Bilge, (2016).

¹⁵⁶ DERECHO HUMANO A LA IGUALDAD JURÍDICA. CONTENIDO Y ALCANCES DE SU DIMENSIÓN SUSTANTIVA O DE HECHO.

SCJN; 10a. Época; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; 1a. XLIII/2014 (10a.); TA; Publicación: viernes 14 de febrero de 2014.

- 409.** Vale acotar que, la perspectiva de género debe de guiar el actuar institucional en todos los casos, no solo en aquellos en los que se identifique la participación de mujeres. La transversalización de esta perspectiva asume su aplicación en la formulación de políticas, programas, así como su consideración en el diseño de la arquitectura institucional y en la prestación de los servicios que todas las autoridades ofrecen¹⁵⁷.
- 410.** En atención a lo anteriormente señalado, en este instrumento recomendatorio se aborda de manera transversal la perspectiva de género. Lo anterior configura un paso necesario para la identificación de impactos diferenciados e interpretaciones conjuntas de los derechos vulnerados a mujeres, por su condición de género, tal como es el caso de las presentes víctimas en este instrumento recomendatorio.
- 411.** En este sentido, la perspectiva de género es una “[v]isión crítica, explicativa, analítica y alternativa que aborda las relaciones entre los géneros y que permite enfocar y comprender las desigualdades construidas socialmente entre mujeres y hombres, y establece acciones gubernamentales para disminuir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres”¹⁵⁸ y, a su vez, es una metodología que sirve para analizar los roles que se desempeñan o que se espera que desempeñen hombres y mujeres en contextos tanto políticos, como sociales y culturales a partir de la cual es posible la identificación y la corrección de la discriminación que la estereotipación genera, especialmente en normas, políticas y prácticas institucionales¹⁵⁹.
- 412.** La aplicación de la perspectiva de género habilita relacionar las situaciones de vulnerabilidad en las que se puede encontrar una persona frente a otra, así como las relaciones de poder con base en el género, que a su vez se intersectan con otras condiciones como la edad, discapacidad, entre otras. Esta metodología toma en consideración los contextos objetivo y subjetivo para evidenciar las razones de género que motivan ciertos actos de discriminación y violencia¹⁶⁰.
- 413.** De ahí que, todas las autoridades estatales, incluidas aquellas de naturaleza administrativa, tienen la obligación de llevar a cabo sus actuaciones a través de una visión analítica, crítica y explicativa, detectando la presencia de

¹⁵⁷ Estrategia de Transversalidad+ para la igualdad y transformación. Organización de Estados Americanos – Comisión Interamericana de Mujeres (2022).

¹⁵⁸ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, artículo 3.XIII. El artículo 5.IX de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define la perspectiva de género como “una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones”.

¹⁵⁹ SCJN, Amparo Directo en revisión 1754/2015, párrs. 37 y 38.

¹⁶⁰ Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género. SCJN. 2020. pp. 146 – 153.

relaciones desiguales de poder y tratos diferenciados injustificados, basados en el sexo-género y otras categorías sospechosas; que les permita determinar si tal trato es arbitrario y desproporcionado y, por lo tanto, discriminatorio.

414. Como metodología, la perspectiva de género representa un orden secuencial de pasos que deben de ser tomados ante cualquier intervención y/o actuación estatal. De acuerdo con el criterio jurisprudencial por reiteración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) todas las autoridades del Estado deben:

1. identificar primeramente si existen situaciones de poder que por cuestiones de género den cuenta de un desequilibrio entre las partes de la controversia;
2. cuestionar los hechos y valorar las pruebas desechando cualquier estereotipo o prejuicio de género, a fin de visualizar las situaciones de desventaja provocadas por condiciones de sexo o género;
3. en caso de que el material probatorio no sea suficiente para aclarar la situación de violencia, vulnerabilidad o discriminación por razones de género, ordenar las pruebas necesarias para visibilizar dichas situaciones;
4. de detectarse la situación de desventaja por cuestiones de género, cuestionar la neutralidad del derecho aplicable, así como evaluar el impacto diferenciado de la solución propuesta para buscar una resolución justa e igualitaria de acuerdo al contexto de desigualdad por condiciones de género;
5. para ello debe aplicar los estándares de derechos humanos de todas las personas involucradas, [...] y,
6. considerar que el método exige que, en todo momento, se evite el uso del lenguaje basado en estereotipos o prejuicios, por lo que debe procurarse un lenguaje incluyente con el objeto de asegurar un acceso a la justicia sin discriminación por motivos de género.¹⁶¹

415. Por ende, en los casos que motivan presente instrumento recomendatorio se identifican sistemas jerárquicos basados en el sistema sexo-género, estereotipos que refieren a roles asignados al género, como lo es, por ejemplo, la maternidad, y sus efectos en la práctica médica institucionalizada.

416. Además de la identificación de discriminación y violencia, la perspectiva de género instruye a las autoridades a intervenir con el objetivo de remediar estas situaciones. Por ejemplo, estableciendo acciones para disminuir tales brechas de desigualdad¹⁶² y subsanar “los potenciales efectos discriminatorios que el ordenamiento jurídico y las prácticas institucionales pueden tener”¹⁶³ en detrimento de las personas y sus derechos.

¹⁶¹ Tesis 1a./J. 22/2016, Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, t. II, abril de 2016, p. 836.

¹⁶² SCJN, Protocolo para juzgar con perspectiva de género, México, 2015, p. 62 y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, art. 3, fracc. XII.

¹⁶³ Tesis 1a. XXVII/2017, Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, marzo 2017, t.II, p. 836.

- 417.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha referido que pueden existir prácticas de la autoridad que aparentemente son neutras pero que, “[...] por el resultado de su contenido o aplicación, genera un impacto desproporcionado en personas o grupos en situación de desventaja histórica, sin que exista para ello una justificación objetiva y razonable”¹⁶⁴ lo que implica que se provoque una diferencia de trato irrazonable, injusta o injustificable de acuerdo con la situación que ocupen las personas dentro de la estructura social.
- 418.** En ese sentido, de acuerdo a lo señalado por el máximo Tribunal, resulta necesario introducir factores contextuales o estructurales ubicándose entre estos las relaciones de subordinación en torno al género, las prácticas sociales y culturales que asignan distinto valor a ciertas actividades en tanto son realizadas por grupos históricamente desaventajados, y las condiciones socioeconómicas¹⁶⁵.

Enfoque diferenciado

- 419.** Como fue mencionado anteriormente, el factor multidimensional de la identidad de las personas implica un análisis interseccional que contemple la combinación única de factores, así como los efectos que tienen la discriminación y violencia en sus vidas. Por lo que, el uso de enfoques diferenciados de forma paralela a la metodología de la perspectiva de género nos refiere a un análisis diferenciado.
- 420.** El enfoque diferenciado implica 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 discapacidad¹⁶⁶. En razón de esto la adopción de medidas —legislativas, administrativas y judiciales— que respondan a enfoques diferenciados deben partir de identificar:
- [...] i) las condiciones de vulnerabilidad particulares de personas pertenecientes a grupos en riesgo y ii) los factores que pueden incrementar el riesgo de comisión de actos de violencia y discriminación.¹⁶⁷
- 421.** Asimismo, deben 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.

¹⁶⁴ SCJN. Tesis: 1a. CXXI/2018 (10a.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Décima Época, 2017989. Primera Sala, Libro 58, septiembre de 2018, Tomo I. Pág. 841. Tesis Aislada (Constitucional).

¹⁶⁵ SCJN. Tesis: 1a. CXXI/2018 (10a.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Décima Época, 2017989. Primera Sala, Libro 58, septiembre de 2018, Tomo I. Pág. 841. Tesis Aislada (Constitucional).

¹⁶⁶ CIDH, Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares Interamericanos, OEA/Ser.L/V/II.171 Doc. 31 12 febrero 2019.

¹⁶⁷ CIDH, Observaciones A Opinión Consultiva A La Corte Interamericana De Derechos Humanos. párr.16.

- 422.** En este sentido, debe reiterarse que, en casos de violaciones a los derechos humanos, como el presente, las instituciones contribuyen a mantener el contexto de discriminación en el que se sostienen las jerarquías masculinas y con ello se perpetúa la violencia contra las mujeres, con lo que las estructuras sociales e institucionales terminan promoviendo la subordinación de las mujeres.¹⁶⁸ Así, durante el embarazo, parto y puerperio las mujeres se ven sometidas al poder médico¹⁶⁹ que se ha arrogado el derecho de definir y controlar cómo deben ser tratados los cuerpos de las mujeres, lo que ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia de ellas.¹⁷⁰
- 423.** Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud, las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas al no hablar "el lenguaje de la ciencia". Es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder que se ejerce no sólo *sobre* los cuerpos de las mujeres, sino *a través* de ellos.¹⁷¹
- 424.** Esta forma de poder disciplinario¹⁷² se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que, por

¹⁶⁸ En este sentido, cfr. Informe A/HRC/17/26 de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, mayo de 2011.

¹⁶⁹ Camacara Cuevas, Marbella, Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, Revista Venezolana de Estudios de la Mujeres, Caracas, Enero-Junio 2009, Volumen 14, No. 32, p. 148.

¹⁷⁰ Camacara Cuevas, Marbella, Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, Revista Venezolana de Estudios de la Mujeres, Caracas, Enero-Junio 2009, Volumen 14, No. 32, p. 148.

¹⁷¹ En este sentido ver, Arguedas Ramírez, Gloria, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol.11, No. 1, Enero-Junio, 2014, p.156. De otro lado, Camacara explica que, desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos. El poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. Camacara Cuevas, Marbella, Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, Revista Venezolana de Estudios de la Mujeres, Caracas, Enero-Junio 2009, Volumen 14, No. 32, p. 148.

¹⁷² Arguedas explica que mediante una lectura "foucaultiana" de las prácticas que entran en la categoría *violencia obstétrica* es posible identificar una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad. Ver, Arguedas Ramírez, Gloria, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol.11, No. 1, Enero-Junio, 2014, p.156.

¹⁷³ Arguedas Ramírez, Gloria, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol.11, No. 1, Enero-Junio, 2014, p.167.

¹⁷⁴ Arguedas sostiene que el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma. Arguedas Ramírez, Gloria, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol.11, No. 1, Enero-Junio, 2014, p.167.

¹⁷⁵ Camacara Cuevas, Marbella, Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, Revista Venezolana de Estudios de la Mujeres, Caracas, Enero-Junio 2009, Volumen 14, No. 32, p. 148

¹⁷⁶ CDHDF, Recomendación 7/2017, p. 4.

¹⁷⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 177.

ejemplo, la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto sea una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre.¹⁷³ Cada vez que tratamos algún aspecto vinculado con la discusión sobre la atención obstétrica hegemónica, debemos esbozar, aunque sea someramente, dos ocurrencias históricas de incalculable impacto en la vida reproductiva de las mujeres; la primera fue cuando la atención médico-obstétrica trastocó los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, la otra y concomitante, fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo éstos como el espacio que certifica seguridad¹⁷⁴ para las madres y los/as recién nacidos/as.¹⁷⁵

425. Tal como ya lo había señalado esta Comisión con anterioridad, la institucionalización de los procesos reproductivos de la mujer la desplazan del rol protagónico en su propio embarazo, sustituyéndola por la autoridad del saber profesional que, dada la normalización de los tratos en contra de las mujeres, reduce o minimiza los sucesos de violencia obstétrica a un problema de “calidad de la atención”, sin reconocer su peso específico como violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el marco de los servicios de salud.¹⁷⁶

426. En virtud de todo lo anterior, en la presente Recomendación se ha abordado a la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres, por razones de género que revela, a su vez, una grave forma de violencia institucional considerando que, por definición, el embarazo, el parto y el puerperio ubican a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad¹⁷⁷. Esta condición impone a todas las autoridades de la Ciudad de México -en el ámbito de sus respectivas competencias- la obligación reforzada de garantizar que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, las mujeres reciban un trato diferenciado, sensible, empático, con enfoque de derechos humanos y con perspectiva de género, lo que a su vez exige que los órganos de protección y defensa de los derechos humanos, nacionales e internacionales, jurisdiccionales y cuasi-jurisdiccionales y las autoridades de procuración y administración de justicia, realicen un estricto escrutinio de las actuaciones y omisiones de las autoridades, relacionadas con los servicios obstétricos y de salud reproductiva, que pudieran constituir violaciones a los derechos humanos y/o delitos en contra de ellas.

VI.1 El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal

427. El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia ha tenido una importante evolución jurídica durante los últimos veinticinco años. El 20 de diciembre de 1993¹⁷⁸, durante su 85ª sesión plenaria, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas adoptó la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**, como un instrumento internacional llamado explícitamente a reforzar y complementar la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada el 18 de diciembre de 1979¹⁷⁹.
428. En este instrumento internacional, la Asamblea General de la ONU afirmó que *“la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades”*¹⁸⁰ y reconoció que *“constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer”*¹⁸¹. Posteriormente se dejó explícito que la violencia contra la mujer *“forma parte de un proceso histórico y no es natural ni nace del determinismo biológico”*¹⁸².
429. El derecho a una vida libre de violencia de las mujeres está reconocido expresamente en la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, también conocida como la “Convención Belém Do Pará”. En dicha convención, la violencia contra la mujer es entendida como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado¹⁸³.

¹⁷⁸ Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución A/RES/48/104, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 23 de febrero de 1994. Resulta particularmente relevante señalar que veintitrés meses antes de aprobarse por la Asamblea General esta Resolución, el Comité CEDAW, emitió la Recomendación General 19, en la cual, estableció que la violencia contra la mujer es una forma de discriminación, precisando que “[e]n la definición de la discriminación se incluye la violencia basada en el sexo, es decir, **la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada**. Se incluyen actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad”. Asimismo, en 1989 el Comité CEDAW emitió la Recomendación General 12, en la que recomendaba a los Estados que le informaran sobre legislación, medidas específicas, servicios de apoyo y datos estadísticos sobre la violencia contra las mujeres.

¹⁷⁹ México suscribió la CEDAW el 17 de julio de 1980 y la ratificó el 23 de marzo de 1981, con lo que se hizo Estado Parte de dicho tratado internacional.

¹⁸⁰ Esta Premisa fue reiterada posteriormente en el Preámbulo de la Convención de Belém do Pará.

¹⁸¹ Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución A/RES/48/104, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

¹⁸² Consejo Económico y Social, E/CN.4/1995/42, *Ulterior promoción y fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la cuestión del programa y los métodos de trabajo de la Comisión. Informe preliminar del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias*, Sra. Radhika Coomaraswamy, 22 de noviembre de 1994.

¹⁸³ Artículo 1, Convención Belém Do Pará.

430. La Convención Belém Do Pará reconoce el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres y a su vez, la prevención, sanción y erradicación de los actos de este tipo que sean perpetrados o tolerados por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra, bien sea el ámbito privado o público¹⁸⁴ en contra de una mujer en situación de vulnerabilidad por estar embarazada¹⁸⁵.
431. El contenido del derecho a una vida libre de violencia contempla el derecho a ser libre de toda forma de discriminación y el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación, de acuerdo con el artículo 6 de la Convención.
432. Por su parte, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer¹⁸⁶, en su artículo 12 fracción I, se establece la obligación estatal de eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, incluso la relativa a la planificación de la familia.
433. El 26 de julio de 2017, el Comité CEDAW emitió la Recomendación General 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, en la que además de sistematizar el *corpus iuris* internacional en materia de violencia contra las mujeres, el referido Comité postuló una importante premisa: “[l]a opinión jurista y la práctica de los Estados dan a entender que la prohibición de la violencia por razón de género contra la mujer ha pasado a ser un principio del derecho internacional consuetudinario”¹⁸⁷.
434. En lo relativo, el Comité CEDAW en la Recomendación General 19, señala que *“la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre.”*¹⁸⁸ Asimismo, el Comité de la CEDAW a través de la Recomendación General núm. 35, sobre violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, estableció que la definición de discriminación incluye la violencia por razón de género contra la mujer y que esta afecta a las mujeres, niñas y adolescentes a lo largo de todo su ciclo de vida.

¹⁸⁴ Artículos 2 y 7

¹⁸⁵ Artículo 9, Convención Belém Do Pará.

¹⁸⁶ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 34/180, 18 de diciembre de 1979.

¹⁸⁷ Comité CEDAW, CEDAW/C/GC/35, Recomendación general núm. 35. Sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, 26 de julio de 2017.

Esta Comisión asume como correcta esta premisa y considera que la consolidación del esquema de protección internacional del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia debe transitar, a la brevedad, a que dicha prohibición de la violencia contra las mujeres por razones de género, ingrese en el dominio del *ius cogens*.

¹⁸⁸ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, 29 de enero de 1992.

- 435.** En el informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, se puntualiza que la Relatora utilizó el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud¹⁸⁹. Agrega que, además del término violencia obstétrica, “actualmente se utilizan muchos términos distintos, como “maltrato”, “falta de respeto”, “abuso”, “violencia física” y “violencia contra la mujer” y reconoce que “aunque muchas formas de maltrato relacionadas con la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva no son actos deliberados o intencionados de violencia contra la mujer, algunos actos u omisiones [...] pueden considerarse formas de maltrato”, a su vez “algunas formas de maltrato podrían constituir violencia contra la mujer”.
- 436.** Para 2019, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental reconoció que “[l]as vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto -cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario-, conjuntamente conocidas como violencia obstétrica, están muy extendidas”.¹⁹⁰
- 437.** En febrero de 2020 el Comité CEDAW emitió resolución respecto del caso S.M.F. contra España¹⁹¹, enfatizando la obligación estatal de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer. Aunado a lo anterior, hizo hincapié en que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos¹⁹².

¹⁸⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas, A/74/137, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019.

¹⁹⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, A/HRC/50/28, La violencia y su impacto en el derecho a la salud. Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, 14 de abril de 2022.

¹⁹¹ Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018, 6 de marzo de 2020. Véase también las resoluciones CEDAW/82/D/149/2019, CEDAW/C/49/D/17/2008, CEDAW/C/75/D/138/2018 y CEDAW/C/84/D/154/2020.

¹⁹² Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018.

- 438.** Por lo que condenó a España a asegurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, a proporcionar a la mujer información adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva; a realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado parte que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia y proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de la mujer.
- 439.** En lo que concierne, la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁹³, en su artículo 24, inciso d), prevé que los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.
- 440.** Por otro lado, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre Mujeres¹⁹⁴, reconoce el derecho de las mujeres a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. En este tenor, las Observaciones Generales 14 y 22¹⁹⁵ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de ONU, enfatizan la necesidad de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información; en el acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva, así como la eliminación de los prejuicios y los tabúes sociales sobre el embarazo y el parto.
- 441.** En el ámbito regional interamericano, el 9 de junio de 1994 en Belém do Pará, Brasil, se adoptó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer¹⁹⁶ que entró en vigor desde el 5 de marzo

¹⁹³ Convención sobre los derechos del niño. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 44/25, 20 de noviembre de 1989.

¹⁹⁴ Organización de las Naciones Unidas, Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre Mujeres, septiembre de 1995.

¹⁹⁵ Comité DESC, E/C.12/2000/4, CESCR, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 de agosto de 2000. Véase también Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22. Derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016.

¹⁹⁶ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, aprobada en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la asamblea general de la Organización de los Estados Americanos, 6 de septiembre de 1994.

de 1995, en cuyos artículos 3 y 9, dispone que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia en contextos de embarazo.

442. El primer mecanismo internacional en reconocer la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos de las mujeres, fue el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, que recomendó a los Estados la promulgación de leyes para inhibir la violencia obstétrica. Asimismo, recomendó a los Estados, la inclusión de disposiciones que no solo sancionen la violencia obstétrica, sino que también desarrollen los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto.¹⁹⁷

443. En noviembre de 2021, en la sentencia del caso *Manuela y otros vs El Salvador*¹⁹⁸ la Corte Interamericana reiteró su jurisprudencia respecto del derecho a la salud de las mujeres embarazadas, al señalar lo siguiente:

192. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos.

193. La Corte ha señalado que, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto, la salud sexual y reproductiva tiene implicancias particulares para las mujeres. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres.

194. Adicionalmente, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la presunta comisión de un delito por parte de un paciente bajo ningún supuesto puede condicionar la atención médica que dicho paciente necesita. Por tanto, los Estados deben brindar la atención médica necesaria y sin discriminación para las mujeres que lo requiera.

444. Agregó que la protección a los derechos humanos, parte de la afirmación de la existencia de ciertos atributos inviolables de la persona humana que no pueden ser legítimamente menoscabados por el ejercicio del poder público. Se trata de esferas individuales que el Estado no puede vulnerar, por lo que para hacer efectiva esa protección, la Corte ha considerado que “no basta con

¹⁹⁷ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, abril 2012.

¹⁹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador* (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia de 2 de noviembre de 2021, Serie C, núm. 441.

que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre” por lo que la Corte considera que existe un deber reforzado de cumplimiento “cuando se encuentran implicadas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”.

- 445.** Recientemente, en la opinión consultiva 29/22¹⁹⁹ la Corte Interamericana se pronunció señalando que *“la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y después del parto constituye una forma de violencia basada en el género, particularmente, violencia obstétrica, contraria a la Convención de Belem do Pará”* y que ésta traer acarreada la obligación de los Estados de prevenir y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo el trabajo de parto.
- 446.** Es de relevancia hacer mención del pronunciamiento por la Corte Interamericana, respecto del *caso Brítez Arce y otros vs. Argentina*²⁰⁰, en el cual por primera ocasión en su facultad contenciosa, define a la violencia obstétrica como “una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.”
- 447.** En dicha sentencia, la Corte IDH señala que la señora Brítez Arce atravesó estados emocionales de ansiedad, angustia y estrés durante y después del parto, mismos que no fueron observados ni atendidos por el personal médico, al contrario, la hicieron víctima de trato deshumanizado al perderla de vista como paciente posterior del diagnóstico de feto muerto²⁰¹.

¹⁹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 29/2022. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad, 30 de mayo de 2022.

²⁰⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Brítez Arce vs Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)” Sentencia de 16 de noviembre de 2022, serie C, núm. 474.

²⁰¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Brítez Arce vs Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)” Sentencia de 16 de noviembre de 2022, serie C, núm. 474.p. 84-85

- 448.** Respecto del derecho interno mexicano, el 1 de febrero de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia²⁰² (en adelante "ley general de acceso"). Por otro lado, la propia Ley General de Salud²⁰³ refiere como prioritaria la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio e incluso se tiene dentro de la normativa nacional, una Norma Oficial Mexicana específica para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- 449.** En otro ámbito competencial, el 29 de enero de 2008 se publicó en la Gaceta Oficial del entonces Distrito Federal, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de esta entidad federativa (en adelante "ley de acceso local") y el 22 de diciembre de 2022, se reformó su artículo 6, fracción VII, para incluir las características de la violencia obstétrica.
- 450.** La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México recoge diferentes tipos de violencias basadas en el género. Entre ellas, se encuentra la violencia obstétrica, la cual se entiende como:

Es 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 que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad, cultura, grupo étnico u origen durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.²⁰⁴

- 451.** En este sentido, la violencia obstétrica es cualquier acción u omisión basada en el género que sucede en el ámbito público institucional durante el embarazo, parto o puerperio. Con respecto a las etapas del parto y el puerperio, el mismo cuerpo normativo fija los parámetros de lo que es un parto humanizado, haciendo referencia a que es un modelo de atención que toma como eje central el respeto a los derechos humanos y las decisiones de las mujeres respecto a cómo, dónde y con quién parir²⁰⁵.
- 452.** A este contexto normativo interno e internacional, debe agregarse que el 17 de septiembre de 2018 entró en vigor la Constitución Política de la Ciudad de México, que establece -de manera explícita- que uno de los fines

²⁰² Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia del 1° de febrero de 2007 (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 18 de abril de 2023).

²⁰³ Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984 (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 30 de marzo de 2023)

²⁰⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, artículo 6, fracción VII.

²⁰⁵ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, artículo 3, fracción XIII.

constitucionales que deben cumplir las autoridades es la erradicación de “...la discriminación, la desigualdad de género y toda forma de violencia contra las mujeres”²⁰⁶. En este fin constitucional subyace, sin duda, la referida norma consuetudinaria que prohíbe -de manera absoluta- la violencia por razón de género contra la mujer y el correlativo derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia, incluyendo los diversos tipos de violencia que pueden ocurrir tanto en el ámbito público como en el privado.²⁰⁷ Asimismo, debe hacerse notar que el contenido y alcance del derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia, evidentemente ha presentado diversos desarrollos; por lo que, en cada caso, debe considerarse cuál es el estándar que resulta más protector para las mujeres²⁰⁸.

453. En el ámbito del derecho interno mexicano, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia ha sido desarrollado a partir de una tipología que clasifica la violencia por modalidades y tipos.

454. En consonancia con lo anterior, la Constitución Política de la Ciudad de México (en adelante CPCM) en su artículo 6.F.2 establece la obligación de las autoridades de la Ciudad de México de adoptar medidas para prevenir, investigar, sancionar y reparar la violencia obstétrica, reconociendo así el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica que se encuentra definido por la Ley de Acceso local²⁰⁹ *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 que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y*

²⁰⁶ Constitución Política de la Ciudad de México del 5 de febrero de 2017 (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, última reforma del 24 de marzo de 2023) Artículo 11.C.

²⁰⁷ En el “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”, Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 4-15 Sept 1995) conocida como Declaración de Beijing, UN Doc A/CONF.177/20/Rev.1, se señaló que: *La expresión “violencia contra la mujer” se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.* Más adelante, el 26 de diciembre de 2003, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer señalaría que el artículo 1 de la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, refiere tres grandes categorías de violencia: la violencia en la familia, la violencia dentro de la comunidad y la violencia perpetuada y tolerada por el Estado. La ampliación del ámbito conceptual de la violencia, *permite determinar los actos de violencia que quizás no sean evidentes de inmediato.*

²⁰⁸ En este sentido, el Comité CEDAW estableció que debe reconocerse que *“la violencia por razón de género puede afectar a algunas mujeres en distinta medida, o en distintas formas, lo que significa que se requieren respuestas jurídicas y normativas adecuadas”* RG-35, párr. 12.

²⁰⁹ Doctrinariamente se ha definido la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. En este sentido ver, Asia Villegas, “La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, Vol. 14, Núm. 32 (junio 2009). Citado en Carlos Barria “Salud y Género. Una Mirada sobre la violencia obstétrica”, *Revista diálogos*, Vol.5, Núm. 1(junio 2016).

patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

- 455.** Asimismo, desde una interpretación sistemática y teleológica de los artículos 6.VII.b) y 3.XII de la Ley de Acceso local, debe entenderse que el incumplimiento de cualquiera de los elementos que integran el modelo de parto humanizado, constituye una forma específica de violencia obstétrica. Así, el artículo 3.XII de la Ley de Acceso local establece: *Para efectos de la presente Ley se entenderá por Parto Humanizado: Modelo de atención a las mujeres durante el parto y el puerperio, basado en el respeto a sus derechos humanos, su dignidad, Integridad, libertad y toma de decisiones relativas a cómo, dónde y con quién parir. La atención médica otorgada debe estar basada en fundamentos científicos y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, proporcionando condiciones de comodidad y privacidad durante el parto, con lo mejor de la atención desmedicalizada, y garantizando en su caso, la coordinación y los acuerdos interinstitucionales para identificar, atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas. El modelo incluye de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del parto y puerperio, incorporando medidas para erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente, y los aportes de la partería tradicional y otros aportes clínico terapéuticos de salud no convencionales.*
- 456.** Adicionalmente, la Ley de Acceso local define la violencia contra las mujeres en su modalidad institucional como *“los actos u omisiones de las personas con calidad de servidor público que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. El Gobierno de la Ciudad de México, se encuentra obligado a actuar con la debida diligencia para evitar que se inflija violencia contra las mujeres”*²¹⁰.
- 457.** La violencia obstétrica se caracteriza, de acuerdo con estos parámetros normativos, por:²¹¹
- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos; especialmente cuando se trate de mujeres indígenas y/o afrodescendientes;

²¹⁰ En idéntico sentido se define esta modalidad de violencia en la Ley General de Acceso.

²¹¹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, artículo 6, fracción VII

- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarle inmediatamente después de nacer;
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer;
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o; Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer.

458. Visto lo antes expuesto, es claro que en los ámbitos local (Ciudad de México), nacional (Estado mexicano), regional interamericano y universal, se reconoce el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia, como derecho subjetivo plenamente exigible frente al Estado. De esta manera, sin perjuicio de hacer notar que las diversas definiciones establecidas en los instrumentos internacionales tales como la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer²¹², las Recomendaciones Generales 19²¹³ y 35²¹⁴ del Comité CEDAW y la Convención de Belém do Pará²¹⁵, así como las establecidas en la Ley General de Acceso²¹⁶ y la Ley de Acceso local²¹⁷, presentan matices y

²¹² El artículo 1 de la Declaración establece que por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

²¹³ El Comité CEDAW estableció que, en la interpretación de la definición de la discriminación contra las mujeres que establece el artículo 1 de la CEDAW, se debía incluir "la violencia basada en el sexo [Sic], es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad".

²¹⁴ En esta Recomendación General el Comité CEDAW deja asentado que el concepto de "violencia contra la mujer", tal como se define en la recomendación general núm. 19 y en otros instrumentos y documentos internacionales, hace hincapié en el hecho de que dicha violencia está basada en el género. En consecuencia, en la presente recomendación, la expresión "**violencia por razón de género contra la mujer**" se utiliza como un término más preciso que pone de manifiesto las causas y los efectos relacionados con el género de la violencia. La expresión refuerza aún más la noción de la violencia como problema social más que individual, que exige respuestas integrales, más allá de aquellas relativas a sucesos concretos, autores y víctimas y supervivientes (párr. 9).

²¹⁵ En este tratado internacional, se define la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". Ver, Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem Do Pará". Artículo 1.

²¹⁶ Esta ley, en su artículo 5. IV. define la violencia contra las Mujeres como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

²¹⁷ Esta ley, en su artículo 3.XXIV define la violencia contra las mujeres como toda acción u omisión que, basada en su género y derivada del uso y/o abuso del poder, tenga por objeto o resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico, patrimonial, económico, sexual o la muerte a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, que limite su acceso a una vida libre de violencia.

particularidades en su contenido y alcance. En criterio de esta Comisión, está fuera de toda duda que cualquier modalidad o tipo de violencia cometida contra una mujer durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, deben presumirse como constitutivas de violencia obstétrica por razón de género contra las mujeres.

459. De esta manera, como se señaló en la Recomendación 05/2019, del derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, se desprenden, por lo menos, los siguientes contenidos específicos del derecho:

1. Derecho de las mujeres a estar libres de cualquier conducta que las pueda dañar, lastimar o denigrar durante el embarazo, parto y/o puerperio.
2. Derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.
3. Derecho de las mujeres a no ser sometidas a ningún tipo de trato deshumanizado y/o abuso de medicación y/o patologización de los procesos naturales.
4. Derecho de las mujeres a tomar decisiones libres y plenamente informadas²¹⁸ durante el embarazo, parto y/o puerperio; inclusive, naturalmente, el reconocimiento de su plena capacidad para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
5. Derecho de las mujeres a recibir atención oportuna y eficaz de las emergencias²¹⁹ y servicios obstétricos. Dicha atención no puede verse afectada por ningún tipo de omisión o retardo.
6. Derecho de las mujeres al parto natural; debiendo ser excepcional y sólo cuando medie causa médica justificada, el parto por vía de cesárea, salvo que la mujer de que se trate decida lo contrario.
7. Derecho de las mujeres a un parto humanizado; inclusive el derecho a decidir sobre cómo, dónde y con quién²²⁰ parir y el derecho a contar con las mejores condiciones de comodidad y privacidad durante el parto y con lo mejor de la atención desmedicalizada y a que

²¹⁸ Al respecto, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental ha destacado que las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento, que los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar exentos de coerción, discriminación o falta de información, aunado a que 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 capacitado. Ver, Asamblea General de las Naciones Unidas, A/64/272, Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, 10 de agosto 2009.

²¹⁹ En este sentido, no escapa a la consideración de esta Comisión, que el tipo de violencia denominada “contra los Derechos Reproductivos” incluye toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a los servicios obstétricos de emergencia.

²²⁰ La Organización Mundial de la Salud ha señalado que, para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia [o cualquier persona de su confianza, se agrega] debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Ver, Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto, 1985.

se les garantice, en su caso, la coordinación y los acuerdos interinstitucionales para identificar, atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas.

8. Derecho de las mujeres a que no se vea obstaculizado el apego precoz de sus hijas o hijos con ellas, sin causa médica justificada. Las mujeres tienen derecho a cargar y amamantar a sus hijas e hijos inmediatamente después de nacer.

9. Derecho de las mujeres a que no se vea alterado el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener su consentimiento voluntario, expreso e informado.

10. Derecho de las mujeres a que no les sea impuesto, bajo ningún medio, el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

460. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el amparo en revisión 1064/2019, identificó dos modalidades de la violencia obstétrica. Por un lado, la física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico y, por el otro, la dimensión psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, la discriminación, la humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.²²¹

461. Los parámetros de la atención médica para garantizar un parto humanizado deben cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, condiciones de comodidad y privacidad durante el parto y procurar la atención desmedicalizada²²². Esto contempla que, en casos de considerar necesaria la inducción del parto, la ruptura artificial de las membranas, la interrupción del embarazo mediante cesárea o cualquier procedimiento, debe estar justificado en el expediente de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012 y, además, esta forma de proceder debe estar basada en el criterio médico, las evidencias científicas que se tengan a la mano y previa información y consentimiento informado de la paciente, de conformidad con la NOM-007-SSA2-2016.

462. El proceder del personal médico en el caso de emergencias obstétricas también tiene un estándar fijado a nivel normativo, por lo que las autoridades tienen la obligación de garantizar la coordinación interinstitucional para identificar, atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas. Esto encierra la creación, disposición y activación de protocolos de actuación como lo son el *triage* obstétrico y el Código Máter.

²²¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 1064/2019, 26 de mayo 2021.

²²² Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, artículo 3, fracción XIII.

- 463.** La Ley de Salud de la Ciudad de México dispone que la atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende desde la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio hasta el periodo de la lactancia materna²²³. Además, precisa que la atención digna a las mujeres y personas embarazadas debe cumplir con los siguientes requisitos:
- a. Sin violencia ni discriminación.
 - b. Con perspectiva de género.
 - c. Aplicación la interseccionalidad y la perspectiva intercultural.
 - d. Observando y garantizando los derechos humanos.²²⁴
- 464.** En los presentes casos es importante puntualizar que, a nivel local, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México son las autoridades responsables de planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud integrales en materia de atención materna e infantil²²⁵, por lo que todo el personal de esa Secretaría, en el ámbito de sus competencias, está obligado a respetar y garantizar el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica inclusive, *inter alia*, el deber de adoptar medidas integrales²²⁶ y de operar políticas de prevención.²²⁷
- 465.** Es importante mencionar que la aplicación de 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 la atención médica y administrativa libre de estereotipos de género a las mujeres embarazadas o en parto y posparto.
- 466.** En este sentido, una atención obstétrica también debe ser humanizada y calificada, de acuerdo con la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México²²⁸.

²²³ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 19, apartado d.

²²⁴ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 64.

²²⁵ Ley de Salud de la Ciudad de México de 9 de agosto de 2021 (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, última reforma del 19 de enero de 2023) artículo 19, fracción I, inciso d.

²²⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, tesis aislada 1a. CLX/2015 “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”. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, (Mayo de 2015).

²²⁷ En este sentido, se puede consultar, *mutatis mutandi*, Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, serie C, núm. 205, párr. 258.

²²⁸ Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México, artículo 32.

467. Por lo tanto, para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública, ambos de la Ciudad de México deben cumplir con diversas obligaciones, tales como:

- Proceder con la debida diligencia a fin de prevenir e investigar todo acto de violencia contra la mujer;²²⁹
- Supervisar la prestación de servicios de salud a las mujeres, para garantizar el respeto y garantía de sus derechos humanos;²³⁰
- Evitar prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados;²³¹
- Adoptar medidas preventivas en casos específicos en los que es evidente que determinadas mujeres pueden ser víctimas de violencia²³²;
- Reunir datos y elaborar estadísticas sobre la violencia obstétrica.²³³
- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal²³⁴.

468. De otro lado, como parte del estándar establecido para resolver los presentes asuntos, 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 en párrafos anteriores, 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.

469. 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.

²²⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución A/RES/48/104, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Véase también Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso Espinoza González vs. Perú. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 20 de noviembre de 2014, serie C, Núm. 289.

²³⁰ Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud, 2 de febrero de 1999.

²³¹ Laura F. Belí, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *RedBioética/UNESCO*, (enero-junio 2013).

²³² Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”.

²³³ Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”.

²³⁴ Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, 1985.

470. Así, la obligación general de respetar²³⁵ es principalmente una obligación que implica abstenerse de violar los derechos; siendo de esta manera, la obligación de respetar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica implica que ninguna autoridad²³⁶, por acción u omisión, puede obstaculizar o impedir que las mujeres ejerzan efectivamente cada uno de los componentes del derecho que ya fueron precisados [de manera preliminar y sin pretensión de exhaustividad] en el párrafo 459 de esta Recomendación. 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.
471. 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, que ya fueron precisados en el párrafo 459 de esta Recomendación. 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.

²³⁵ 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, 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, "[t]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.

²³⁶ 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.

VI.1.1. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

- 472.** El derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y puerperio incluye que toda mujer debe ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.²³⁷
- 473.** La actuación del personal médico y administrativo debe estar orientada a atender a la mujeres y personas embarazadas durante el embarazo, parto y/o puerperio de acuerdo a los parámetros de trato digno, parto humanizado y atención obstétrica humanizada que permitan vivir un parto y/o cesárea libre de violencia obstétrica, sin maltrato, discriminación y vejación el trato y atención brindadas.
- 474.** Tomando las medidas para accionar los protocolos que sean necesarios en la atención de una emergencia obstétrica, garantizando el consentimiento informado de las pacientes a través de la comunicación e información en lenguaje sencillo, el manejo correcto de los expedientes clínicos, y evitando manifestar regañones, burlas, ironías, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derecho.²³⁸

Motivación

Caso 1.

Víctima Directa: **Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)**

- 475.** Este Organismo acreditó que la médica Norma Graciela Hernández Bravo quien brindó atención a **Cristal** el 17 de febrero de 2019 cuando acudió al

²³⁷ Laura F. Beli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *RedBioética/UNESCO*, (enero-junio 2013).

²³⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 1064/2019, 26 de mayo 2021.

Hospital Materno Infantil Tláhuac²³⁹, no agotó los medios para valorar el bienestar del binomio materno fetal, pese a que **Cristal** manifestó la disminución de movimientos fetales y únicamente se limitó a precisar que esto se debía a que los bebés, previo al nacimiento, se encuentran en periodo de hipersueño ²⁴⁰.

- 476.** En el mismo sentido, se constató que la médica no realizó una revisión integral de los motivos por los cuales la frecuencia cardiaca fetal de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** se mostraron irregulares y se justificó con posibles errores en el funcionamiento de la maquinaria del nosocomio²⁴¹.
- 477.** Lo anterior genera convicción a esta Comisión de que personal de la SEDESA, en particular, del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Caso 2.

Víctima Directa: Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)

- 478.** Este Organismo constató que el personal médico del Hospital General de Tláhuac no realizó a **Stephanie** pruebas de detección de sensibilización a RH y tampoco documentó si se aplicó o no la Vacuna Anti-D pese a que, desde el 11 de febrero de 2019, el Hospital General de Tláhuac tenía conocimiento de la posibilidad de que el grupo sanguíneo de Stephanie fuera incompatible con el de su hijo, el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**.²⁴²
- 479.** Por otro lado, esta CDHCM acreditó que el 28 marzo de 2019, el personal médico del HGT omitió realizar a **Stephanie**, previo a la cesárea, diversos estudios con el fin de mejorar el pronóstico del nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, ante el antecedente de probable incompatibilidad de RH entre ellos.²⁴³ Asimismo, se documentó que dicho médico le solicitó a **Stephanie** que, para la práctica de la cesárea, acudiera rasurada de la zona púbica.²⁴⁴
- 480.** Lo anterior permite a esta CDHCM concluir que personal del Hospital General de Tláhuac incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

²³⁹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 7.

²⁴⁰ Anexo 1, Caso 1, evidencia 22, 34, 35.

²⁴¹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 34, 43.

²⁴² Anexo 2, Caso 2, evidencia 3, 28.

²⁴³ Anexo 2, Caso 2, evidencia 10 y 29.

²⁴⁴ Anexo 2, Caso 2, evidencia 29.

Caso 4.

Víctima Directa: Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)

- 481.** Este Organismo determinó que la doctora que atendió a **Jimena Marisol** en dos ocasiones (una por la noche del día 1° de abril de 2021, y una vez más en la madrugada del 2 de abril), omitió brindar atención integral al bienestar del binomio materno fetal y determinó que no era necesario su ingreso al nosocomio, pese a que **Jimena Marisol** manifestó dolores abdominales, sin considerar tampoco que su fecha probable del parto fue marcada para el 31 de marzo de 2021 -de acuerdo al Centro de Salud-²⁴⁵ y aun cuando por la mañana de ese día, **Jimena Marisol** había acudido a dicho nosocomio, determinándose que presentaba actividad uterina irregular.²⁴⁶ Tampoco consideró que **Jimena Marisol** tenía presencia de flujo vaginal café, que puede ser indicador de pérdida de bienestar²⁴⁷ y se negó a realizarle un ultrasonido, transfiriéndole la responsabilidad al respecto.²⁴⁸ En adición, pese a que **Jimena Marisol** manifestó hipomotilidad fetal, no le fue realizado un registro tococardiográfico,²⁴⁹ ni se le interrogó sobre la presencia de contracciones uterinas.²⁵⁰ Estos actos generan convicción de que, en dicha atención, a **Jimena Marisol** no le ofrecieron los medios diagnósticos para confirmar o descartar su ingreso.
- 482.** Este Organismo tiene documentado también que la referida servidora pública no brindó atención médica con enfoque de riesgo²⁵¹, ya que **Jimena Marisol** requería, en esos tres ingresos, atención en un periodo máximo de quince minutos, que no le fue proporcionada oportunamente.²⁵²
- 483.** Por cuanto hace a la atención médica recibida por **Jimena Marisol** a su reingreso al HMIII, al medio día del 2 de abril de 2022, esta CDHCM documentó que el personal médico no realizó las maniobras de reanimación intrauterina adecuadas para mejorar el bienestar materno fetal, como lo es la lateralización materna para mejorar el flujo sanguíneo al útero.²⁵³
- 484.** Estos hechos probados conducen a este Organismo a concluir que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres –específicamente en el caso de **Jimena Marisol** a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

²⁴⁵ Anexo 4, Caso 4, Evidencia 34, 49.

²⁴⁶ Anexo 4, Caso 4, evidencia 2, 35.

²⁴⁷ Anexo 4, Caso 4, evidencia 32, 35.

²⁴⁸ Anexo 4, Caso 4, evidencia 5, 6, 45.

²⁴⁹ Anexo 4, Caso 4, evidencia 53.

²⁵⁰ Anexo 4, Caso 4, evidencia 53.

²⁵¹ Anexo 4, Caso 4, evidencia 33, 42.

²⁵² Anexo 4, Caso 4, evidencia 1,3, 5, 53.

²⁵³ Anexo 4, Caso 4, evidencia 9, 23, 37,44, 53.

Caso 5.

Víctima Directa: Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)

485. Este Organismo acreditó que **Alizon** acudió en diversas ocasiones al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco previo al día del nacimiento de su hija, ya que presentaba podrómos de trabajo de parto. En dichas consultas, por lo menos, en dos ocasiones se encontró que presentaba un borramiento cervical que ameritaba su ingreso al área de tococirugía, sin embargo, fue enviada a su domicilio.²⁵⁴ Por otro lado, se encontró que, en estas revisiones, tampoco se interrogó sobre la presencia de contracciones uterinas y su frecuencia.²⁵⁵
486. Por otro lado, este Organismo concluyó que no se le practicó a **Alizon** ningún estudio para asegurarse del bienestar del binomio materno fetal durante la vigilancia del trabajo de parto, ni tampoco se monitoreó la frecuencia cardiaca fetal en el periodo expulsivo, lo que imposibilita saber si la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** presentó, en ese momento, sufrimiento fetal.²⁵⁶
487. Lo anterior lleva a esta Comisión a establecer que la SEDESA, en particular, personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Caso 6.

Víctima Directa: Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

488. Este Organismo constató que personal de la Clínica Comunitaria Santa Catarina perteneciente a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, no brindó diagnóstico y tratamiento oportuno a la diabetes gestacional que **Laura** presentó durante su embarazo, ya que desde noviembre de 2018, determinaron que **Laura** corría un alto riesgo de padecerla, confirmando tal sospecha hasta las últimas semanas de embarazo.²⁵⁷ **Laura** fue referida a interconsulta al área de nutrición, sin embargo, no hay nota en el expediente clínico de que esta haya tenido lugar.²⁵⁸ Por otro lado, pese a observar que **Laura** contaba con aumento significativo de la glucosa, no le solicitaron estudios complementarios para confirmar el diagnóstico de diabetes. Aunado a lo anterior, dicho centro de salud no evaluó el dolor de cabeza de intensidad 7/10 que **Laura** presentó en su última consulta, por lo que omitió valorar si podía tratarse de un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.²⁵⁹

²⁵⁴ Anexo 5, Caso 5, evidencia 1, 2, 3, 4.

²⁵⁵ Anexo 5, Caso 5, evidencia 37.

²⁵⁶ Anexo 5, Caso 5, evidencia 37.

²⁵⁷ Anexo 6, Caso 6, evidencia 10, 11, 41, 60.

²⁵⁸ Anexo 6, Caso 6, evidencia 1, 2, 5, 41, 60.

²⁵⁹ Anexo 6, Caso 6, evidencia 10, 41, 60.

- 489.** Estas omisiones permiten a esta CDHCM concluir que personal de la Clínica Comunitaria Santa Catarina, perteneciente a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.
- 490.** Por otro lado, esta Comisión documentó que **Laura** continuó su atención previa al parto en la Clínica Hospital Emiliano Zapata perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en donde nuevamente se omitió brindarle tratamiento integral para la diabetes gestacional y únicamente se le otorgó cita en el área de nutrición.²⁶⁰
- 491.** Esta CDHCM acreditó que en su consulta médica del 20 de febrero de 2019, **Laura** presentó tensión arterial alta, misma que no fue valorada por el médico, situación que es irregular ya que Laura tenía antecedentes de preeclampsia en sus embarazos previos. Por lo anterior, en aras de prevenir el desarrollo o complicación de este diagnóstico en ese último embarazo, era necesario su ingreso al nosocomio para la práctica de estudios.²⁶¹
- 492.** Los hechos aquí acreditados por esta CDHCM, dan pauta para determinar que personal de la Clínica Hospital Emiliano Zapata, dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

- 493.** Este Organismo documentó que el 1 de diciembre de 2018, en la atención médica que recibió la **[Mujer Víctima Directa 11]**, en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, no se le consultó si ya contaba con contracciones uterinas y, de ser el caso, sus características,²⁶² sino que únicamente se le indicó que no era momento de su ingreso al nosocomio, por lo que se le solicitó que regresara con posterioridad.
- 494.** Para el 2 de diciembre de 2018, este Organismo acreditó que la vigilancia de trabajo parto fue insatisfactoria, ya que los datos asentados en diversos

²⁶⁰ Anexo 6, Caso 6, evidencia 12, 13, 15, 16.

²⁶¹ Anexo 6, Caso 6, evidencia 12, 13, 15, 16.

²⁶² Anexo 7, Caso 7, evidencia 1, 57, 63.

documentos dentro del expediente clínico, respecto a esta etapa, son contradictorios o se encuentran sin documentarse.²⁶³

495. Lo anterior lleva a esta Comisión a establecer que personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres –en el caso particular de la **[Mujer Víctima Directa 11]** a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Caso 8.

Víctima Directa: Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)

496. Esta CDHCM documentó que personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México no integró adecuadamente el expediente clínico. Muestra de ello fue que al ingreso de **Teresa** al hospital, se le requirió la práctica de diversos estudios, entre ellos, el registro tococardiográfico, pero no existe dentro del expediente clínico constancia alguna de que se hubiese practicado.²⁶⁴ En este sentido, tampoco constan los motivos por los cuales el 7 de diciembre de 2019, se determinó que **Teresa** no era candidata a la cesárea, ni se hizo referencia en las notas médicas a las características de la actividad uterina.²⁶⁵
497. Por otro lado, este Organismo acreditó que, en esa misma fecha, de manera injustificada, personal médico suministró oxitocina a **Teresa** para conducción de trabajo de parto, situación que era contraproducente para las condiciones clínica fetales y las de **Teresa**.²⁶⁶
498. La CDHCM constató que, en diversas ocasiones, el nosocomio no contó con disponibilidad de progesterona micronizada, necesaria para el tratamiento de **Teresa**.²⁶⁷
499. Este Organismo documentó que personal del nosocomio retrasó la práctica de un ultrasonido hasta 14 días después del ingreso de **Teresa** al referido nosocomio y, además, en el expediente clínico obtenido por la CDHCM, no obra constancia de que se hubiere practicado.²⁶⁸
500. Estos hechos permiten a este Organismo concluir que personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres –en particular de **Teresa**- a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato,

²⁶³ Anexo 7, Caso 7, evidencia 2, 3, 4, 5, 6, 63.

²⁶⁴ Anexo 8, Caso 8, evidencia 2, 65.

²⁶⁵ Anexo 8, Caso 8, evidencia 5, 65.

²⁶⁶ Anexo 8, Caso 8, evidencia 6, 65.

²⁶⁷ Anexo 8, Caso 8, evidencia 65.

²⁶⁸ Anexo 8, Caso 8, evidencia 65.

discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio

Caso 9. [Mujer Víctima Directa 14]

- 501.** Este Organismo documentó que personal del HMIT realizó una integración incompleta de las notas médicas de la atención que recibió la **[Mujer Víctima Directa 14]**, los días 27 y 28 de diciembre de 2020, pues ellas no obran en el expediente clínico.²⁶⁹
- 502.** La CDHCM acreditó que personal médico practicó de manera médicamente injustificada a la **[Mujer Víctima Directa 14]**, una episiotomía, no recomendada en casos con parto vaginal espontáneo como el de ella.²⁷⁰
- 503.** Estos hechos permiten a este Organismo concluir que personal del Hospital Materno Infantil de Tláhuac incumplió con las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las mujeres –en el caso particular de la **[Mujer Víctima Directa 14]** a estar libres de cualquier forma de negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica, durante el embarazo, parto y/o puerperio.

VI.1.2. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de las víctimas directas a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

- 504.** El contenido mínimo del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, incluye el derecho de ellas a recibir atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, a estar libres de cualquier forma de negligencia en su atención médica durante el parto, a una vida libre de violencia contra sus derechos reproductivos, y a no ser sometida a un trato deshumanizado durante el parto.
- 505.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que, pese a que el concepto de “normalidad en el trabajo de parto” no es universal y no está estandarizado, las prácticas para iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar este proceso fisiológico, han aumentado considerablemente, lo cual se traduce en una medicalización creciente que tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta negativamente su experiencia en el parto.²⁷¹

²⁶⁹ Anexo 9, Caso 9, evidencia 60.

²⁷⁰ Anexo 9, Caso 9, evidencia 4, 60.

²⁷¹ “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Sitio web: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

506. En tal sentido, la Organización realizó diversas recomendaciones para fomentar una experiencia de parto positiva, las cuales van desde que se garantice una atención respetuosa de la maternidad, mantener comunicación efectiva, brindar acompañamiento durante el trabajo de parto y en el parto, dar continuidad en la atención, definir conceptos médicos relacionados con las diversas etapas de labor de parto, mantener informadas a las mujeres respecto del avance y peculiaridades de su labor, partir de la idea de que los procesos no son universales y se modifican según la persona, la no realización de un rasurado púbico o perineal de rutina, realizar tactos vaginales en intervalos de cuatro horas, aplicar anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor, aplicar técnicas de relajación, alentar a las mujeres a elegir una posición para dar a luz, permitir que las mujeres sigan su propia necesidad de pujar, la no utilización de rutina de la episiotomía, no aplicar presión en el fondo uterino para facilitar el parto, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y su extracción controlada, la realización de diversos estudios después del parto, entre muchas otras; recomendaciones que en un contexto en el que las instituciones de salud cuenten con los recursos físicos esenciales y con personal competente y motivado para la prestación del servicio, permitirán alcanzar un mayor bienestar de las mujeres gestantes sus hijos e hijas neonatas.²⁷²

Motivación

Caso 1.

Víctima Directa: Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)

507. Este Organismo tiene acreditado que personal del HMIT omitió brindar atención de urgencias a **Cristal**, ya que ella acudió el 18 de febrero de 2019, refiriendo fuertes contracciones uterinas, arribando cerca de las 7:47 horas, sin embargo, pese a que en su Hoja de Triage se determinó que contaba con dos criterios en rojo²⁷³, se le brindó atención hasta las 8:40 horas, donde se le indicó que posiblemente, su producto era óbito²⁷⁴, por lo que, fue hasta las 9:40 horas que fue ingresada a la Unidad de Tococirugía, en donde posteriormente le practicaron un ultrasonido, confirmando el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** por interrupción de la circulación materno fetal²⁷⁵.

508. En este mismo sentido, personal médico decidió dejarla en progresión de parto natural durante aproximadamente 7 horas, pese a que **Cristal** presentaba fuertes dolores, veía puntos blancos, se quedada dormida y ya no hablaba con

²⁷² Ibidem.

²⁷³ Anexo 1, Caso 1, evidencia 8.

²⁷⁴ Anexo 1, Caso 1, evidencia 44.

²⁷⁵ Anexo 1, Caso 1, evidencia 9, 19, 44.

claridad.²⁷⁶Fue hasta las 17:00 horas, donde se le encontró con trabajo de parto prolongando y se decidió la interrupción del embarazo, vía cesárea, presentando -según lo narrado por **Cristal** y **Gustavo**- una infección por el tiempo que permaneció el producto óbito, lo que le ocasionó peligro de perder la matriz²⁷⁷. No obstante, **Cristal** evolucionó favorablemente y fue dada de alta el 21 de febrero de 2019.²⁷⁸

- 509.** Lo anterior permite a este Organismo determinar que personal del Hospital Materno Infantil de Tláhuac omitió cumplir su obligación de respetar y garantizar el derecho de **Cristal** a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Caso 2.

Víctima Directa: Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)

- 510.** Este Organismo tiene acreditado que personal del HGT dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México omitió brindar atención de urgencias a **Stephanie** ya que constató que el 28 de marzo de 2019, una vez que **Stephanie** iba ser preparada para practicarle una cesárea en el Hospital General Tláhuac, el médico ginecólogo a cargo, le indicó que sería atendida por médicos residentes, en razón de que había otra persona “recomendada” a la que debía atender. Esta situación le generó incertidumbre a **Stephanie** debido a que este doctor era quien conocía los antecedentes de su atención prenatal y las condiciones de su bebé, especialmente el tipo de sangre de **Stephanie** y la posible incompatibilidad a Rh con la que podía nacer el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**.²⁷⁹ Esta situación generó que el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** no recibiera la atención médica adecuada de manera posterior a su nacimiento.

- 511.** Lo anterior permite a este Organismo determinar que personal del Hospital General de Tláhuac no dio cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de **Stephanie** a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Caso 3.

Víctima Directa: Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)

- 512.** Este Organismo tiene acreditado que personal del HMII omitió brindar atención de urgencia a **Fabiola**, ya que la dejó en progresión de parto natural de las 15:00 a las 21:00 horas, momento en el cual refirió dolor intenso, náuseas y

²⁷⁶ Anexo 1, Caso 1, evidencia 39, 49.

²⁷⁷ Anexo 1, Caso 1, evidencia 20, 21, 22, 26, 34,35, 36, 43.

²⁷⁸ Anexo 1, Caso 1, evidencia 23.

²⁷⁹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 9, 15, 24, 26, 27.

frío²⁸⁰. Posterior al nacimiento de su hija, se identificó que **Fabiola** cursaba con una atonía uterina, para lo cual se dio manejo medicamentoso, sin embargo, de acuerdo a lo señalado en la opinión médica emitida por personal de esta CDHCM, era importante que paralelamente se activara el Código Mater para una valoración integral del estado de salud de **Fabiola**, situación que ocurrió con posterioridad²⁸¹.

- 513.** Por otro lado, esta CDHCM constató que el nosocomio careció de insumos adecuados para la atención de **Fabiola** como el Balón de Bakri incompleto, la falta de luz, la falta de valvas grandes para practicar una revisión integral²⁸² y la carencia de materia para realizar una histerectomía²⁸³.
- 514.** Se tiene acreditado que el HMII no contaba con personal en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que se requirió el traslado inmediato de **Fabiola**, sin embargo, este se consolidó hasta varias horas después debido a que otros nosocomios de la red, tampoco contaban con dicho servicio.²⁸⁴
- 515.** Lo anterior permite a este Organismo determinar que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán no dio cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, en agravio de **Fabiola Morales Moreno**.

Caso 4. Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)

- 516.** Este Organismo constató que el 2 de abril de 2021, el personal médico no realizó a **Jimena Marisol**, de manera urgente, la cesárea que requería, en virtud de que tras practicarle dos registros tococardiográficos, se documentó la pérdida de bienestar fetal. Desde las 14:30 horas, **Jimena Marisol** requería la interrupción del embarazo vía abdominal,²⁸⁵ pero pese a tal indicación, **Jimena Marisol** fue pasada a quirófano casi una hora y media después y su hijo nació casi dos horas posteriores, en razón de que había personal médico reducido.²⁸⁶
- 517.** Además, la CDHCM documentó que en ese tiempo, no se monitorizó la tensión arterial, ni se practicaron estudios complementarios para descartar la pérdida del bienestar fetal del **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**, ni se monitorizó la tensión arterial de **Jimena Marisol**, que aumentó para el momento en que se practicó la cesárea.²⁸⁷

²⁸⁰ Anexo 3, Caso 3, evidencia 1, 2, 4, 5, 8.

²⁸¹ Anexo 3, Caso 3, evidencia 7, 79, 80, 86, 91.

²⁸² Anexo 3, Caso 3, evidencia 7, 16, 73, 75, 91.

²⁸³ Anexo 3, Caso 3, evidencia 8, 16, 73, 76, 79, 91.

²⁸⁴ Anexo 3, Caso 3, evidencia 9, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 23, 24, 27, 73, 74, 91.

²⁸⁵ Anexo 4, Caso 4, evidencia 10, 23, 44, 53.

²⁸⁶ Anexo 4, Caso 4, evidencia 11, 12, 15, 16, 17, 18 53.

²⁸⁷ Anexo 4, Caso 4, evidencia 53.

518. Los hechos narrados generan convicción de que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán no dio cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, en agravio de **Jimena Marisol Avellán Sánchez**.

Caso 6. Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

519. La CDHCM acreditó que, el 22 de febrero de 2019, personal de la Clínica Hospital Emiliano Zapata no realizó una revisión integral del binomio materno fetal. En esa misma fecha **Laura** se realizó, por sus propios medios, un ultrasonido en el que se determinó que el producto presentaba taquicardia fetal y,²⁸⁸ tras la revisión, el médico de la Clínica Hospital Emiliano Zapata encontró un flujo vaginal de color café anormal de acuerdo con sus características²⁸⁹.

520. Además, este Organismo documentó que, por la noche de ese mismo día, la Clínica Hospital Emiliano Zapata no contaba con médico ginecobstetra en el turno, por lo que no recibió a **Laura** a su regreso.²⁹⁰

521. Los elementos de prueba con los que cuenta esta CDHCM generan la convicción de que personal del HGI omitió brindar atención de urgencia a **Laura** ante la gravedad en la que arribó a sus instalaciones. Debido a que **Laura** no fue recibida en la Clínica Hospital Emiliano Zapata y que seguía con malestares intensos, en la madrugada del 23 de febrero de 2019, acudió al Hospital General de Iztapalapa, arribando cerca de las 3:00 horas.²⁹¹ **Laura** no fue valorada hasta una hora después, encontrando que tenía ya un porcentaje alto de borramiento y 7 centímetros de dilatación, así como presión arterial alta, sin embargo, no se indicó algún tratamiento al respecto, no se monitorizó el bienestar del binomio materno fetal, ni se le realizaron estudios para tener claridad en el diagnóstico.²⁹² **Laura** recibió atención médica hasta las 4:48 horas, momento en el que presentó crisis convulsivas, lo que ameritó la atención del parto y la activación del Código mater, situaciones que fueron confirmadas en el dictamen de muerte materna y otros documentos emitidos por la propia SEDESA. Dichas crisis pudieron haberse evitado, de atenderse la condición de salud de **Laura** a su ingreso.²⁹³

522. También hay certeza de que omitió realizar una revisión de cavidad posterior al nacimiento de la hija de **Laura**, situación que generó un sagrado en el canal de parto que, además, fue atendido con dilación.²⁹⁴

²⁸⁸ Anexo 6, Caso 6, evidencia 18,44.

²⁸⁹ Anexo 6, Caso 6, evidencia 17, 43, 60.

²⁹⁰ Anexo 6, Caso 6, evidencia 42, 44.

²⁹¹ Anexo 6, Caso 6, evidencia 19, 23.

²⁹² Anexo 6, Caso 6, evidencia 19, 55, 60.

²⁹³ Anexo 6, Caso 6, evidencia 20, 22, 28, 46, 47, 48, 55.

²⁹⁴ Anexo 6, Caso 6, evidencia 24, 25, 26.

523. Con la acreditación de lo anterior, este Organismo concluye que personal de la Clínica Hospital Emiliano Zapata y del Hospital General Iztapalapa no dieron cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de **Laura** a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

524. Este Organismo documentó que el 2 de diciembre de 2018, durante la atención del parto de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, personal médico no realizó una adecuada vigilancia del trabajo de parto, ya que se acreditó que la **[Mujer Víctima Directa 11]** permaneció en progresión de parto natural de las 14:00 a las 20:30 horas. Entre las 18:00 y las 18:30 horas, la **[Mujer Víctima Directa 11]** contaba con la dilatación y el borramiento completos, no obstante, fue hasta las 20:00 horas que se encontró con periodo expulsivo prolongado, fatiga materna, sin prensa para descenso y expulsión, determinándose la interrupción vía cesárea,²⁹⁵ situaciones que dieron pauta a las complicaciones de salud que presentó la **[Mujer Víctima Directa 11]** con posterioridad.²⁹⁶ Asimismo, los propios Comités de la SEDESA determinaron que hubo retardo en la activación del Código Mater.²⁹⁷

525. Lo anterior permite a este Organismo determinar que personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” no dio cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de la **[Mujer Víctima Directa 11]** a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Caso 9.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 14]

526. Este Organismo tiene acreditado que personal del HMIT omitió brindar atención de urgencias a la **[Mujer Víctima Directa 14]**, quien el 6 de enero de 2021, ingresó al nosocomio en periodo expulsivo. Debido a que no se contaba con personal de ginecología, el parto fue atendido por un médico general.²⁹⁸

527. Lo anterior permite a este Organismo determinar que personal del Hospital Materno Infantil de Tláhuac no dio cumplimiento a su obligación de respetar y garantizar el derecho de la **[Mujer Víctima Directa 14]** a una atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

²⁹⁵ Anexo 7, Caso 7, evidencia 7, 25, 43, 47, 51, 58, 59, 63.

²⁹⁶ Anexo 7, Caso 7, evidencia 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 48, 49, 56, 63.

²⁹⁷ Anexo 7, Caso 7, evidencia 51, 52, 60.

²⁹⁸ Anexo 9, Caso 9, evidencia 3, 4, 6, 57, 59, 60.

VI.1.3. Incumplimiento de las obligaciones de respetar y garantizar el derecho de la víctima directa a un parto humanizado.

- 528.** Tal como ya fue establecido, el derecho humano de las mujeres a un parto humanizado incluye, entre otros componentes, el derecho que se les garantice, en su caso, la coordinación y los acuerdos interinstitucionales para atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas²⁹⁹. Asimismo, son componentes del derecho de las mujeres a un parto humanizado, el derecho de ellas a decidir cómo y con quién parir y el derecho a contar con las mejores condiciones de privacidad durante el parto y la atención desmedicalizada.
- 529.** Se ha llamado “humanizado” a un modelo de atención del parto que pretende atender o visibilizar las necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y familias, teniendo como finalidad principal que vivan una experiencia fisiológica especial, en condiciones de dignidad e incluso placentera, reconociéndoles su calidad protagónica durante ese proceso; de esta manera, se pretende evitar intervenir rutinariamente el proceso natural, facilitar la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto, privilegiar el vínculo inmediato de la madre con hijo o hija, entre otros aspectos importantes. ³⁰⁰ Al respecto, “es posible entender al parto humanizado como convergencia entre el conocimiento y la práctica milenaria³⁰¹, con la evidencia científica derivada de la investigación más rigurosa, enmarcada en los derechos humanos y la perspectiva de género.”³⁰²

Motivación

Caso 1.

Víctima Directa: Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)

- 530.** Esta CDHCM acreditó que personal del HMIT medicalizó el proceso de parto de **Cristal**, ya que el 18 de febrero de 2019, a su ingreso a la unidad de tococirugía, le fue suministrada oxitocina para conducción de trabajo de parto,

²⁹⁹ Para dotar de contenido a estos derechos, debe considerarse además que para garantizar la atención oportuna e integral, la NOM-007-SSA2-2016 prevé que los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben 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; 24 horas del día, todos los días del año (5.1.8.).

³⁰⁰ “Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo parto y puerperio”. Sitio Web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

³⁰¹ Como lo es la asistencia de las parteras, las cuales han tenido un papel protagónico en la historia de la construcción de concepto de parto humanizado en nuestro país y que se centra en la empatía y reconocimiento entre la mujer que recibe la atención y la persona que la asiste.

³⁰² Ibidem, p. 54.

sin explicarle de qué tipo de medicamento se trataba, ni los posibles riesgos de uso.³⁰³

- 531.** Además constató que el mismo personal, no permitió la toma de decisiones respecto de cómo parir, ya que ante los fuertes dolores que **Cristal** presentaba y las diversas molestias que sentía, solicitó al personal médico que se le practicara una cesárea que le fue negada, planteándole que, de practicársela, de embarazarse nuevamente, corría mayores riesgos.³⁰⁴ Esta CDHCM reconoce que las determinaciones sobre la realización de una cesárea implican considerar una serie de factores relativos a la salud y bienestar del binomio madre-hijo, lo cierto es que ello en nada justifica una negativa absoluta porque al ni siquiera considerar y explicar la negativa, el personal médico se arrogó el derecho de decidir sobre el cuerpo de **Cristal** anulando indebidamente su posibilidad de decidir cómo parir.
- 532.** Además, cuando se tomó la decisión que **Cristal** debía ser sometida a cesárea ante el trabajo de parto en fase prolongada, ella solicitó que le fuera realizada horizontalmente, recibiendo una negativa como respuesta puesto que ese no era un hospital particular.³⁰⁵
- 533.** Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo concluir que, personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Cristal** a un parto humanizado, al no contar con atención desmedicalizada y sin permitirle la toma de decisiones libres e informadas durante el parto, así como respecto de su cuerpo.

Caso 2.

Víctima Directa: Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)

- 534.** Durante la integración del expediente, esta CDHCM documentó que **Stephanie** quería que **Yair** participara en el proceso del parto, sin embargo, personal del nosocomio le negó el acceso, indicándole que las mujeres deben pasar solas.³⁰⁶
- 535.** Asimismo, los elementos de prueba, permiten que este organismo tenga la convicción de que personal del nosocomio omitió realizar la coordinación interinstitucional necesaria para que **Stephanie** y **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** fueran atendidos en un hospital que contara con lo necesario, pese a que tenía conocimiento del antecedente de **Stephanie** y de las posibles complicaciones inherentes al nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa**

³⁰³ Anexo 1, Caso 1, evidencia 9, 10, 32, 34, 43.

³⁰⁴ Anexo 1, Caso 1, evidencia 43.

³⁰⁵ Anexo 1, Caso 1, evidencia 43.

³⁰⁶ Anexo 2, Caso 2, evidencia 29.

4], sobre todo respecto de la disponibilidad de personal ginecobstetra para atender la cesárea y de Cuidados Intensivos Neonatales para recibir al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**.³⁰⁷

536. Lo anteriormente descrito, permite a esta CDHCM generar convicción de que personal del Hospital General Tláhuac incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Stephanie** a un parto humanizado, al no permitirle decidir con quién parir y al no realizar las acciones necesarias para trasladar a **Stephanie Santos Sánchez** y al **Recién Nacido Víctima Directa 4** a un nosocomio que les brindara atención integral.

Caso 3.

Víctima Directa: Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)

537. En el caso de **Fabiola**, esta CDHCM documentó que mientras se encontraba en progresión de parto natural, le fue administrada oxitocina para conducción de trabajo de parto, sin embargo, por la falta de documentación respecto de su uso, se desconoce el tiempo en el que le fue suministrada.³⁰⁸

538. En este sentido, esta CDHCM concluye que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Fabiola** a un parto humanizado, al medicalizar su proceso de parto.

Caso 4.

Víctima Directa: Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)

539. Con las constancias que obra en el expediente de queja, este Organismo tiene convicción de que a las 2:00 horas del día 2 de abril de 2021, **Jimena Marisol** fue recibida nuevamente en el Hospital Materno Infantil Inguarán, en donde debido a los dolores que presentaba, solicitó a la médica que le practicara una cesárea, la cual le fue negada y se le indicó que contaba con el mismo porcentaje de borramiento y dilatación que en la revisión que se le había practicado en la noche del día anterior.³⁰⁹

540. Dicho hecho implica para esta CDHCM, que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Jimena Marisol** a un parto humanizado, al no permitirle decidir cómo parir.

Caso 5.

Víctima Directa: Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)

541. Esta CDHCM documentó que el personal médico del HMPX se arrogó el derecho de decidir sobre el cuerpo de **Alizon** anulando su posibilidad de

³⁰⁷ Anexo 2, Caso 2, evidencia 12, 22, 23, 28.

³⁰⁸ Anexo 3, Caso 3, evidencia 3, 91.

³⁰⁹ Anexo 4, Caso 4, evidencia 31, 32, 35.

decidir cómo parir, ya que el 15 de mayo de 2017, ingresó al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, para valoración médica. Ante los dolores que presentaba, solicitó al médico la práctica de una cesárea que le fue negada por éste señalando que “Dios ha hecho el parto doloroso, por lo que tenía que pasar por ese dolor”.³¹⁰

- 542.** Esta CDHCM acreditó que personal del HMPX medicalizó el proceso de parto, en razón de que el 16 de mayo de 2017, a su ingreso a la Unidad de Tococirugía, a **Alizon** le fue suministrada oxitocina, sin explicarle para qué servía, los impactos de su uso, y sin valorar las posibles complicaciones que genera su uso.³¹¹ Aunado a lo anterior, debido al dolor que le provocó que se le realizara la maniobra de Kristeller, **Alizon** solicitó que le fuera realizada una cesárea que le fue negada por la médica ginecóloga que la asistió en el parto.³¹²
- 543.** Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo generar convicción de que personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, incumplió con su obligación de respetar el derecho de **Alizon** a un parto humanizado, al no contar con atención desmedicalizada y no permitirle la toma de decisiones libres e informadas durante el parto, así como respecto de su cuerpo.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

- 544.** Esta CDHCM tiene la convicción de que personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” medicalizó el proceso de parto de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, en razón de que le fue suministrada oxitocina, sin embargo, en el expediente clínico no obra consentimiento informado de lo anterior y no se consideró que puede influir en la presencia de sangrados. Además, no hay certeza del número de ocasiones ni de los horarios en los que le fue suministrada, ya que el expediente clínico contiene información contradictoria respecto a su aplicación. Al respecto, el Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad, Mortalidad Materna y Perinatal determinó que su uso no se encontraba justificado.³¹³
- 545.** Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo llegar a la convicción de que personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, incumplió su obligación de respetar el derecho de la **[Mujer Víctima Directa 11]** a un parto humanizado, al no contar con atención desmedicalizada.

Caso 8.

³¹⁰ Anexo 5, Caso 5, evidencia 23, 49.

³¹¹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 5, 11, 14, 37, 40, 48, 49.

³¹² Anexo 5, Caso 5, evidencia 22,49.

³¹³ Anexo 7, Caso 7, Evidencia 3, 5, 50, 58, 59, 63.

Víctima Directa: Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)

- 546.** Los elementos recabados por esta CDHCM generan convicción respecto de que personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” medicalizó el proceso de parto de **Teresa** ya que como fue previamente señalado, el 7 de diciembre de 2019, a **Teresa** la fue suministrada oxitocina para conducción del trabajo de parto, no obstante, por las características de su embarazo y el riesgo fetal que presentaba, ésta no era recomendada, ya que la prioridad era remitir la amenaza de parto pretérmino y aumentar la viabilidad del producto, afortunadamente la sustancia no surtió los efectos habituales y el embarazo se prolongó unas semanas más.³¹⁴
- 547.** En este sentido, esta CDHCM concluye que personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” incumplió su obligación de respetar el derecho de **Teresa** a un parto humanizado, al medicalizarla para progresión de parto, pese a no estar debidamente justificado.

VI.2. Derecho de las mujeres a no ser víctima de ningún trato cruel, inhumano y degradante durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- 548.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, por lo que éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce [del derecho] a la integridad personal, que es particularmente vulnerable cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud³¹⁵.
- 549.** El derecho a la integridad personal encuentra sustento en la dignidad humana³¹⁶. Uno de los componentes fundamentales que determinan el alcance del derecho a la integridad personal, es la prohibición³¹⁷ absoluta³¹⁸

³¹⁴ Anexo 8, Caso 8, Evidencia 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 65.

³¹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, Sentencia de 4 de julio de 2006, serie C, núm. 149.

³¹⁶ Comité de Derechos Humanos, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), Observación General 20. Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 1992.

³¹⁷ 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 Cruels, Inhumanos o Degradantes de la ONU (CAT por sus siglas en inglés) y en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST).

³¹⁸ 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 Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Goiburú y otros vs. Paraguay* (Fondo Reparaciones y Costas)”, Sentencia de 22 de septiembre de 2006, serie C, núm. 153; entre otras. En el mismo sentido ver Corte Europea de Derechos Humanos, “Caso *Labita vs. Italia*”. Sentencia del 6 de abril de 2000, entre otras;

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.**³¹⁹

- 550.** La protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna entraña la obligación de 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 parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas. Es importante señalar que muchas de las complicaciones en el embarazo y parto son generalmente prevenibles.³²⁰
- 551.** El Comité de Derechos Económicos y Culturales en su Recomendación General No. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, ha reflexionado que: el derecho a la salud sexual y reproductiva “[e]stá íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como los derechos a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; la privacidad y el respeto por la vida familiar; y la no discriminación y la igualdad”.
- 552.** En la determinación que se realiza respecto a si una conducta o una situación, son constitutivas de malos tratos (tratos crueles³²¹, inhumanos³²² o degradantes³²³), es importante analizar la intensidad del sufrimiento

Ver también Tribunal Penal Internacional para la ExYugoslavia (ICTY), “Caso del Fiscal vs. Anto Furundzija”. Sentencia del 10 de diciembre de 1998.

³¹⁹ Siendo extensiva incluso a los castigos corporales impuestos por la comisión de un delito o como medida educativa o disciplinaria. Ver, Comité de Derechos Humanos, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), Observación General 20. Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

³²⁰ Ver Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/II.77, Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal.

³²¹ Así, en *Caesar*, la Corte IDH citó a la Sala de Primera Instancia del Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia en *Celibici*, 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 Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Caesar vs Trinidad y Tobago (Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 11 de marzo de 2005, serie C, núm. 123.

³²² 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, Comité de Derechos Humanos, *Caso Deidrick vs. Jamaica*. Comunicación 619/95. 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.

³²³ 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 Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Loayza Tamayo vs. Perú (Fondo)”. Sentencia del 27 de noviembre de 1997, serie C, núm. 33. Según el HRC el trato degradante tiene que ver con el sometimiento de la víctima a tratos especialmente humillantes, entendiendo que “*la humillación debe exceder determinado nivel y en todo caso, entrañar*

considerando todas las circunstancias, incluyendo la duración del trato, las secuelas físicas y psicológicas³²⁴ y el sexo, edad y **estado de salud de la víctima**³²⁵, entre otros factores³²⁶.

- 553.** En 2019, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias señaló que el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos.³²⁷
- 554.** 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, 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 moral le corresponde a la autoridad de que se trate, ofrecer una explicación clara, motivada, detallada y convincente de las razones por las cuales dicho daño no le es imputable.
- 555.** Sin perjuicio de lo anterior, 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**

otros elementos que vayan más allá del simple hecho de ser privado de la libertad". Ver, Comité de Derechos Humanos, *Caso Vuolanne vs. Finlandia*, Comunicación 265/87.

³²⁴ Ver, Comité de Derechos Humanos, *Caso Basongo Kibaya vs. República Democrática del Congo*, Comunicación 1483/2006, En este sentido, debe dejarse asentado que "la violencia sexual contra la mujer tiene consecuencias físicas, emocionales y psicológicas devastadoras para ellas". Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 25 de noviembre de 2006, serie C, núm. 160.

³²⁵ ONU, Comité de Derechos Humanos, *Caso Vuolanne vs. Finlandia*, Comunicación 265/87.

³²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú (Fondo, Reparaciones y Costas)". Sentencia de 8 de julio de 2004, serie C, núm. 110.

³²⁷ ONU, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 11 de julio de 2019

las decisiones relacionadas con la reproducción, y los actos de violencia cometidos por sujetos privados en comunidades y hogares.³²⁸

556. 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.

Motivación

Caso 1.

Víctima Directa: **Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)**

557. Esta CDHCM documentó que el 18 de febrero de 2019, mientras **Cristal** permanecía en progresión de parto, fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, ya que fue colocada en un espacio con otras mujeres que estaban en espera del nacimiento de sus hijos e hijas³²⁹, sin considerar que **Cristal** ya tenía conocimiento del fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, agravando la tristeza que sentía. No es menos importante señalar que, en esa misma fecha (el 18 de febrero), previo a la determinación de la cesárea, un médico colocó sus dos manos en el vientre de **Cristal** y empezó a oprimirlo, con el fin de que expulsara al producto, es decir, le fue practicada la maniobra de Kristeller, hoy prohibida.³³⁰

558. Asimismo, una vez que se obtuvo por cesárea a la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, **Cristal** solicitó que se la mostraran, a lo que el personal médico accedió con molestia y sin permitirles un espacio privado para una despedida digna.³³¹

559. Aunado a lo anterior, al concluir la cesárea, **Cristal** fue colocada en un área de recuperación en compañía de otras madres con sus hijos e hijas, ahí, constantemente tuvo que narrar a personal médico y de enfermería lo sucedido con la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, ya que le preguntaban dónde estaba su bebé, quienes recurrentemente se dirigían a ella como “la del óbito.”³³²

³²⁸Comité Contra la Tortura, CAT/C/GC/2, Observación General N.º 2, Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes.

³²⁹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 43.

³³⁰ Anexo 1, Caso 1, evidencia 40, 43.

³³¹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 49.

³³² Anexo 1, Caso 1, evidencia 14, 49.

560. Asimismo, durante su espera, personal médico le refirió que debido a que su hija ya había fallecido y que había otras mujeres con urgencias y sus productos vivos, se atenderían primero esos casos, minimizando el dolor físico y el sufrimiento emocional de **Cristal**.³³³

561. Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo generar convicción respecto de que personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac, incumplió su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio al generarle a la Cristal afectaciones en su integridad personal.

Caso 2.

Víctima Directa: Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)

562. Las documentales con las que cuenta este Organismo generan la convicción de que **Stephanie** fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes en razón de que, posterior al nacimiento del [**Recién Nacido Víctima Directa 4**], el pediatra se negó a explicarle, con lenguaje ciudadano, la condición de salud de su hijo, pese a que ella expresamente le señaló que no entendía a qué se refería con Apgar bajo y Silverman alto. Aunado a que, para dicha negativa dicho médico utilizó frases como “no tengo tiempo de estarle contestando, deje de estar molestando al personal, no es un hospital particular para estar al pendiente solamente de usted”, generando en Stephanie angustia e impotencia.³³⁴

563. Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo concluir que, personal del Hospital General de Tláhuac, incumplió su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Caso 4.

Víctima Directa: Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)

564. Este Organismo acreditó que **Jimena Marisol** fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, ya que, del análisis integral del expediente, se observó que debido a los fuertes dolores que presentaba, por la madrugada del día 2 de abril de 2021, **Jimena Marisol** se presentó nuevamente en el Hospital, en donde recibió comentarios de la referida médica como “¿otra vez tú?”.³³⁵

565. Cerca del mediodía del 2 de abril de 2021, **Jimena Marisol** regresó al nosocomio, en donde refirió disminución de movimientos fetales. Al momento

³³³ Anexo 1, Caso 1, evidencia 34.

³³⁴ Anexo 2, Caso 2, evidencia 26.

³³⁵ Anexo 4, Caso 4, evidencia 32, 35, 45.

del tacto, la médica le dijo que el flujo vaginal café no era normal, por lo cual le realizó un registro tococardiográfico del cual se obtuvo frecuencia cardiaca fetal en un solo nivel, situación que propició que dicha médica recriminara a **Jimena Marisol** no haber acudido antes; ante este escenario, **Jimena Marisol** le tuvo que explicar que el día anterior tuvo 3 ingresos al nosocomio.³³⁶

- 566.** Luego del nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**, debido a su gravedad, a **Jimena Marisol** no se le permitió conocerlo y tampoco le brindaron información inmediata respecto de su condición de salud.³³⁷ Posteriormente, **Jimena Marisol** fue colocada en la sala de recuperación junto a otras madres y sus bebés, en donde en diversas ocasiones, personal de enfermería le solicitó que indicara si su bebé estaba vivo o había fallecido.³³⁸
- 567.** Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo tener la convicción de que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán, incumplió su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Caso 5.

Víctima Directa: Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)

- 568.** Este Organismo tiene certeza de que **Alizon** fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes en virtud de que, en la consulta que le fue otorgada el 15 de mayo de 2017, solicitó al doctor en turno que le practicara una cesárea ya que presentaba mucho dolor, no obstante, el servidor público le dijo que “Dios había hecho el parto doloroso, por lo que [tenía] que pasar por ese dolor”.³³⁹
- 569.** Asimismo, durante su espera para el nacimiento de su hija, escuchó del personal médico comentarios hacia ella y otras mujeres como “no grites tanto, ¿así gritabas cuando te lo hacían?”.³⁴⁰ Aunado a lo anterior, personal médico le introdujo un gancho en la vagina para que presentara ruptura de membranas³⁴¹ y le fueron practicados varios tactos vaginales que le generaron incomodidad.³⁴²
- 570.** Otro episodio que este Organismo documentó, fue cuando **Alizon** se encontraba en la sala de parto y la médica ginecóloga le puso el brazo a la altura de las costillas para empujar al bebé, haciendo caso omiso a las

³³⁶ Anexo 4, Caso 4, evidencia 7, 8, 9, 10, 23,31, 35, 37, 38, 44, 53.

³³⁷ Anexo 4, Caso 4, evidencia 13, 14, 31, 35, 51.

³³⁸ Anexo 4, Caso 4, evidencia 51.

³³⁹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 23, 49.

³⁴⁰ Anexo 5, Caso 5, evidencia 49.

³⁴¹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 11, 22, 36, 48,49, 52.

³⁴² Anexo 5, Caso 5, evidencia 17, 22,48, 49.

manifestaciones que **Alizon** hizo respecto a que le costaba trabajo respirar, y recibió como respuesta las expresiones “respiras por los pulmones” y “tu no sirves para parir, ya no tengas más hijos porque tú no sirves para ser madre”.³⁴³ En este contexto, la ginecóloga realizó una episiotomía, para agilizar el nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, sin embargo, no se contó con el consentimiento informado de **Alizon** para dicho procedimiento.³⁴⁴

571. Posterior al nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, **Alizon** fue trasladada al área de recuperación junto con otras madres y sus hijos. Posteriormente, estando en ese espacio, fue notificada del fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, presentando episodios de llanto y gritando ante la tristeza que sentía, pero el médico le pidió que se calmara porque se encontraban otras personas en esa sala. Posteriormente, fue llevada a piso, donde tras unas horas, fue dada de alta.³⁴⁵

572. Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo tener la convicción de que personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, incumplió con su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Caso 8.

Víctima Directa: Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)

573. Derivado de la investigación realizada, este Organismo tiene la convicción de que **Teresa Gutiérrez Lezama** fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, debido a que, cuando presentó una amenaza de parto pretérmino el día 2 de diciembre de 2019, personal médico que la atendió en primera instancia en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” le comentó que ya no se podía hacer nada para salvar a su bebé.³⁴⁶

574. Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo concluir que, personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, incumplió su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

³⁴³ Anexo 5, Caso 5, evidencia 11, 14, 22, 34, 37, 49.

³⁴⁴ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 13, 19, 21, 22, 48, 49.

³⁴⁵ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 20, 34, 49.

³⁴⁶ Anexo 8, Caso 8, evidencia 1, 61.

Caso 9.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 14]

575. Derivado de la investigación realizada, este Organismo determinó que la **[Mujer Víctima Directa 14]**, fue sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, los días 27 y 28 de diciembre de 2020, cuando le dijeron que no la podían recibir sino hasta que se le “rompiera la fuente o el bebé estuviera afuera”.³⁴⁷
576. Por otro lado, la **[Mujer Víctima Directa 14]**, posterior a la práctica de la oclusión tubaria bilateral que solicitó, presentó fuertes dolores abdominales que manifestó al personal médico y de enfermería, quienes además de no realizar una valoración médica al respecto, minimizaron su sentir diciéndole “aguántate, acabas de tener un bebé, son normales esos dolores”³⁴⁸.
577. Los hechos anteriormente narrados, permiten a este Organismo llegar a la convicción de que personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac, incumplió su obligación de respetar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.
578. 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"³⁴⁹, bajo esta premisa se desarrollan los siguientes apartados de la presente Recomendación 10/2023.

VI.2 Derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva, en relación con el derecho a la integridad personal.

579. 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 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, los artículos 2° de la Ley General de Salud y 4° de la Ley de Salud del Distrito Federal y de la ahora Ley de Salud de la Ciudad de México precisan 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

³⁴⁷ Anexo 9, Caso 9, evidencia 51, 61.

³⁴⁸ Anexo 9, Caso 9, evidencia 1, 7, 8, 9, 13, 22, 32, 51, 52, 57, 60, 61.

³⁴⁹ 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 Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 19 de mayo de 2011, serie C, núm. 226, párr. 43.

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 salud³⁵⁰; así como **la atención materno-infantil**³⁵¹; entre otros.

580. La CPCM, en su artículo 9.D reconoce de manera amplia el derecho a la salud. Dentro de su contenido fundamental se establece que todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental³⁵², con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud³⁵³ de calidad; estableciéndose explícitamente que a nadie le será negada la atención médica de urgencia. Asimismo, la referida norma constitucional establece que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz³⁵⁴, a que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas, a recibir información sobre su condición, a contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos.

581. Debe reiterarse que las autoridades tienen un conjunto amplio de obligaciones en materia de salud. Así, las autoridades deben adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole

³⁵⁰ Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984 (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 24 de marzo de 2023) artículo 3.

³⁵¹ Ley General de Salud, artículo 27, fracción IV; Ley de Salud del Distrito Federal, del 17 de septiembre de 2009 (*Gaceta Oficial del Distrito Federal*) artículo 5, fracción V; y, Ley de Salud de la Ciudad de México del 9 de agosto de 2021 (*Gaceta Oficial del Distrito Federal*, última reforma de 19 de enero de 2023) artículo 5, fracción VI.

³⁵² Este derecho está reconocido en diversos instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), el Protocolo adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en adelante Protocolo de San Salvador (artículo 10) y en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer “CEDAW” (artículo 12), en los cuales se define como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, en el marco de la OMS, el derecho a la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en el contexto de la ausencia de afecciones o enfermedades en el cuerpo humano. Ver, preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.

A su vez, la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante CADH) determina la obligación del Estado de adoptar medidas adecuadas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad. Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Suárez Peralta vs. Ecuador (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 21 de mayo de 2013, serie C, núm. 261 párr. 131.

³⁵³ Los servicios de salud son “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”. Ley General de Salud, Artículos 23 y 24, fracción I; Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 6, fracción IX.

³⁵⁴ La OMS ha promovido que “todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento”. Ver, Organización Mundial de la Salud, Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, Mayo de 2007, <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

para dar plena efectividad a este derecho. Lo que anterior incluye velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud; velar por que los servicios de salud sean apropiados y de calidad³⁵⁵ y, en general, todas las acciones necesarias para que las personas usuarias reciban servicios de atención médica³⁵⁶ oportunos, profesionales, éticamente responsables y de calidad.³⁵⁷

582. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental³⁵⁸ 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 mortinatalidad y de la mortalidad infantil.

583. Al respecto la SCJN ha señalado que este artículo impone al Estado Mexicano, la obligación inmediata de asegurar un nivel esencial del derecho a la salud y de su cumplimiento progresivo, con la finalidad de lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, haciendo uso del máximo de los recursos disponibles; por lo que debe adoptar todas las medidas carácter legislativo, administrativo, presupuestario para dar plena efectividad a este derecho³⁵⁹.

584. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, el Comité DESC)³⁶⁰ 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

³⁵⁵ Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

³⁵⁶ La Corte IDH ha establecido que la finalidad de la atención médica es “la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud”, Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, Sentencia de 4 de julio de 2006, serie C, núm. 149.

Asimismo, dicha Corte regional ha establecido que “una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente”. Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso *Suárez Peralta vs. Ecuador*”.

³⁵⁷ Ley General de Salud, Artículo 51.

³⁵⁸ En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público

³⁵⁹ SCJN, Tesis Aislada, SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO. Registro digital: 2007938.

³⁶⁰ Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000.

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 discriminación³⁶¹
- ii) Accesibilidad física³⁶²
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad)³⁶³
- iv) Acceso a la información.³⁶⁴

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

³⁶¹ 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.

³⁶² Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

³⁶³ 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.

³⁶⁴ 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.

apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

- 585.** 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”³⁶⁵, que obstaculizan su derecho al consentimiento informado. En 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 representantes³⁶⁶.
- 586.** El artículo 28 de la Ley General de Salud³⁶⁷ establece que habrá un Compendio nacional de Insumos, elaborado por el Consejo de Salubridad General, al cual se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en el que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. En esta Ciudad, corresponde a la SEDESA³⁶⁸ organizar las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, en colaboración con el Instituto de Salud para el Bienestar mediante la celebración del Acuerdo de Coordinación.
- 587.** De forma específica, en la NOM-206-SSA1-2002 (“regulación de los servicios de salud”) establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, en su numeral 7.2 para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, establece que el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año y contar con los recursos establecidos en la normatividad aplicable³⁶⁹.

³⁶⁵ Comité de Derechos Humanos, A/HRC/22/53, Informe del Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Juan Méndez, 1° de febrero de 2013.

³⁶⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 29.

³⁶⁷ Ley General de Salud, artículo 28.

³⁶⁸ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 1, fracción V.

³⁶⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud del 15 de septiembre de 2004, (*Diario Oficial de la Federación*). Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

- 588.** Asimismo, la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, señala que los hospitales y consultorios para la atención médica especializada deben contar con Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, para “ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia”³⁷⁰.
- 589.** En la Ciudad de México, corresponde a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) planear, organizar, operar, controlar y evaluar el sistema de salud local³⁷¹ lo que implica proporcionar servicios de salud a la población; procurar el mejoramiento de la calidad en los mismos; prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local; vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas en materia de salud³⁷²; planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de **los servicios de salud en materia de atención materna e infantil**³⁷³. En ese sentido, la Secretaría de Salud debe generar las condiciones que permitan a través de la incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de las formas de discriminación de hecho y de derecho el acceso de las mujeres a servicios de salud materna,³⁷⁴ reconociendo los factores biológicos y socioculturales que ejercen una influencia importante en la salud de la mujer³⁷⁵. Es de precisarse que, los

³⁷⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada del 8 de enero de 2013 (*Diario Oficial de la Federación*).

³⁷¹ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 11, fracción IV.

³⁷² Ley General de Salud, artículo 13, apartado B, fracción VI; Ley de Salud del Distrito Federal, artículos 15, 17 y 24.

³⁷³ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículo 19, fracción I, inciso d.

³⁷⁴ Entendida como “*la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto*”. Ver Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.LV/II.77, Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal.

³⁷⁵ La Ley de Salud de la Ciudad de México en sus artículos 64 y 65 contempla una atención a la salud materno-infantil con un carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. La atención digna a las mujeres y personas embarazadas, sin violencia ni discriminación y con perspectiva de género y derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;

[...]

III. La realización de los estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de indicaciones preventivas y tratamiento médico que corresponda, a fin de evitar diagnosticar y controlar defectos al nacimiento; [...]

IX. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda persona embarazada pueda estar acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, y

[...]

Artículo 65. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá, entre otros, lo siguiente:

I. Procedimientos que permitan la participación activa de las familias en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de las personas usuarias;

[...]

V. Acciones tendientes a fomentar la práctica de la lactancia materna, así como erradicar la discriminación hacia las mujeres que la realicen en vías y espacios públicos. Para contribuir al fomento de la lactancia, los entes públicos de la Ciudad preferentemente deberán disponer de recursos y el espacio adecuado para la disposición de un lactario en sus sedes;

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SERSALUD) al ser un organismo descentralizado de la Administración Pública de la Ciudad, sectorizado a la SEDESA de conformidad con lo previsto por la Ley General de Salud y demás normatividad aplicable, le corresponde la prestación de servicios de salud pública, atención médica de primer nivel y servicios de salubridad en general ³⁷⁶.

- **Derecho a la Salud Reproductiva**

590. Como parte del contenido del derecho humano a la salud, la CPCM establece que los servicios y atenciones de salud públicos y privados respetarán los derechos sexuales y los reproductivos de todas las personas. En este mismo sentido, la CPCM en su artículo 6.F.1 reconoce explícitamente los derechos reproductivos, estableciendo que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, voluntaria e informada tener hijos o no, con quién y el número e intervalo entre ellos, de forma segura, sin coacción ni violencia, así **como a recibir servicios integrales para acceder al más alto nivel de salud reproductiva posible.**

591. Bajo estos términos, 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 mental³⁷⁷ 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.³⁷⁸ Esta última es la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables.³⁷⁹

592. De manera relevante, destacan las previsiones 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, proporcionando servicios gratuitos

VI. Acciones para informar y posibilitar cuando la infraestructura lo permita, el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas, las cuales deberán tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias, y

VII. Acciones que posibiliten la incorporación de la partería profesional al modelo de atención “Salud en tu vida” de los servicios de salud de la Ciudad.

³⁷⁶ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal de 7 de julio de 2011, (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, última reforma 13 de marzo de 2015), artículo 38; y el Estatuto Orgánico de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, artículo 1.

³⁷⁷ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva, 2 de mayo de 2016.

³⁷⁸ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁷⁹ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva

cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.³⁸⁰

- 593.** 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 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”.³⁸¹ 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”.³⁸²
- 594.** En cuanto a las particularidades del derecho a la salud reproductiva, la Observación General N.º 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”.³⁸³
- 595.** Así, al ubicarse dentro del derecho a la salud, de conformidad con lo previsto en la “Observación General N.º 14 (2000)” del Comité DESC, el derecho a la salud reproductiva, también se conforma de los elementos interrelacionados y esenciales a saber: *disponibilidad, accesibilidad* (incluyendo sus cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información), *aceptabilidad y calidad*.³⁸⁴
- 596.** En cuanto a la *disponibilidad*, el Comité DESC ha establecido que “[d]ebe disponerse de un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento de atención de la salud para proporcionar a la población el conjunto más completo posible de servicios de salud sexual y reproductiva. [Asimismo, se debe velar] porque haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados que estén formados para

³⁸⁰ 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.

³⁸¹ Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud, 2 de febrero de 1999.

³⁸² Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud.

³⁸³ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁸⁴ Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000.

prestar todos los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva [y se] debe disponer también de medicamentos esenciales [...].³⁸⁵

- 597.** En relación con la *accesibilidad*, el Comité dispone que “[l]os establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos sin discriminación ni obstáculos”, incluyéndose en ésta la accesibilidad física, asequibilidad, accesibilidad de la información³⁸⁶ y no discriminación.³⁸⁷
- 598.** La Corte Interamericana ha reiterado los criterios del Comité DESC, en relación a que, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto, la salud sexual y reproductiva tiene implicaciones particulares para las mujeres. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres.³⁸⁸
- 599.** En este sentido, se debe precisar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) en el caso *Poblete Vilches vs. Chile*³⁸⁹, estableció que “el consentimiento informado es parte del elemento de la accesibilidad de la información y, por tanto, del derecho a la salud”, al respecto, la Corte IDH asignó al acceso a la información un carácter instrumental para garantizar y respetar el derecho a la salud.
- 600.** Al respecto, la Corte IDH ha dispuesto también que los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre:³⁹⁰
- i) La evaluación del diagnóstico;
 - ii) El objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto;
 - iii) Los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto;
 - iv) Las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto;
 - v) Las consecuencias de los tratamientos, y
 - vi) Lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.

³⁸⁵Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁸⁶ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁸⁷ Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/15, Observación general, Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, 17 de abril de 2013.

³⁸⁸ Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁸⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Poblete Vilches vs Chile* (Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia de 8 marzo de 2018, serie C, núm. 349.

³⁹⁰ Ídem.

- 601.** Bajo esa misma tesitura, la Corte IDH reconoció que “la relación existente entre la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, y la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad. Por lo tanto, [ese] Tribunal entiende que la necesidad de obtención del consentimiento informado protege no sólo el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean someterse o no a un acto médico, sino que es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud, la vida privada y familiar”.³⁹¹
- 602.** Respecto de la *aceptabilidad*, se refiere a que “[t]odos los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital”.³⁹² Además, como lo ha precisado el Comité CEDAW 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.³⁹³
- 603.** Por *calidad*, el Comité DESC comprende que “[l]os establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Esto requiere un personal de atención de la salud formado y capacitado, así como medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado”.³⁹⁴
- 604.** Dentro de las obligaciones internacionales mínimas que deben guiar la atención en salud, la Corte encuentra que se debe informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual deber estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asistirá el nacimiento y el derecho al contacto materno-filial.³⁹⁵

³⁹¹ Ídem.

³⁹² Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁹³ Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud.

³⁹⁴ Comité DESC, E/C.12/GC/22, Observación General 22, Derecho a la salud sexual y reproductiva.

³⁹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 29/2022. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad.

605. Cabe destacar que la salud materna abarca la atención integral de las mujeres en el período que, del embarazo, parto y puerperio, con estricto apego a sus derechos humanos.³⁹⁶ Las personas usuarias de los servicios de salud en la Ciudad de México, tienen derecho a:

- 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 clínico³⁹⁷, que puede ser digital y al que podrá tener acceso.³⁹⁸

606. 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 mujer³⁹⁹, 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 parto,⁴⁰⁰ ya que se encuentran en una situación especial de vulnerabilidad, lo que impone deberes especiales a cargo del Estado⁴⁰¹.

607. De otro lado se debe reiterar que para garantizar la atención oportuna e integral, la NOM-007-SSA2-2016 prevé que los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben 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; 24 horas del día, todos los días del año (5.1.8.). Asimismo, se contempla en el numeral

³⁹⁶ Ley de Salud de la Ciudad de México, artículos 5 fracción VI, 19 fracción I, inciso d, 64, 65 y 66.

³⁹⁷ Por lo tanto, “el hecho de documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes”. Al respecto, los expedientes clínicos deben ser elaborados, integrados y utilizados conforme a la NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, tesis aislada 1a. XXVIII/2013 en materia civil, “Mala práctica médica. Ausencia o deficiencia de la historia clínica.” *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, (enero de 2013).

³⁹⁸ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 11, fracciones II, III, IV, XV, XVI.

³⁹⁹ Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁴⁰⁰ Ver Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/III.77, Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal.

⁴⁰¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Brítez Arce vs Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)”

5.1.13 de la referida Norma que “*en los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación*” y en el numeral 5.1.14, se contempla que los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

- 608.** Como lo ha precisado el Comité CEDAW⁴⁰², 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 postnatal de la madre y el niño”⁴⁰³. Así, la SEDESA y SERSALUD deben “*facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica*”⁴⁰⁴ y garantizar que reciban orientación e información suficiente, veraz, clara y oportuna sobre su salud y procedimientos⁴⁰⁵ y acceso a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.
- 609.** 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 prevenibles⁴⁰⁶.
- 610.** Por lo tanto, cuando se presenten una urgencia obstétrica, las mujeres deben recibir atención expedita cuando sea solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas⁴⁰⁷.
- 611.** La garantía del derecho a la salud impacta en otros derechos humanos, como el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal⁴⁰⁸; es decir, no se limita al derecho a estar sano, sino que impone la obligación a cargo de los

⁴⁰² Comité CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y la salud.

⁴⁰³ Asamblea General de las Naciones Unidas, A/70/213, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 30 de julio de 2015.

⁴⁰⁴ Ley General de Salud, artículo 64 Bis.

⁴⁰⁵ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 11, fracción V.

⁴⁰⁶ Comité CEDAW. Resolución CEDAW/C/49/D/17/2008, Dictamen Comunicación núm. 17/2008 de 10 de agosto de 2011.

⁴⁰⁷ Ley General de Salud, artículo 77 Bis 9, fracc. VI.

⁴⁰⁸ Corte IDH, “Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas).

Estados, de generar condiciones⁴⁰⁹ en las cuales todas y todos puedan vivir lo más saludablemente posible. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos estableció que el derecho a la integridad personal tiene una relación estrecha con el derecho a la salud, incluida la salud materna. Al respecto, reconoció que la protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna entraña la obligación de 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 parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas⁴¹⁰.

612. En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos materiales mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano en el sentido del artículo 5 de la Convención Americana. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.⁴¹¹ Su infracción “es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y [...] cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta”⁴¹².

613. Asimismo, la CIDH considera que hay ciertas obligaciones fundamentales que requieren medidas prioritarias inmediatas como: la identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios; la aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia y a la atención previa y durante el parto; la incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna; la priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso de mujeres que pueden

⁴⁰⁹ Para el Comité DESC, el derecho a la salud implica la posibilidad de que toda persona disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Comité DESC, E/C.12/2000/4, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁴¹⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/II.77, Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal.

⁴¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador* (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, serie C., núm., 298.

⁴¹² Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala* (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 23 de agosto de 2018, serie C., núm., 359.

encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación (mujeres indígenas, afrodescendientes y adolescentes, mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales); la educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como de servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar; el diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa; el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos⁴¹³.

- 614.** Considerando que la salud del binomio materno-infantil tiene un carácter prioritario⁴¹⁴ y que forma parte de los servicios básicos de salud⁴¹⁵, la SEDESA y los SERSALUD deben garantizar que los hospitales estén equipados y dispongan de personal médico, medicamento e insumos suficientes para brindar atención integral a las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las personas recién nacidas.⁴¹⁶
- 615.** En el contexto de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en nuestro país existe una serie de instrumentos técnico-jurídicos denominados Normas Oficiales Mexicanas (en adelante NOM's) que regulan a detalle la prestación del servicio en esta etapa del ciclo vital de las mujeres⁴¹⁷, por lo que en este apartado se hará particular

⁴¹³ Ibid, pág. 7.

⁴¹⁴ Ley General de Salud, artículo 61.

⁴¹⁵ Ley General de Salud, artículo 27, fracción IV.

⁴¹⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 70, fracción I.

⁴¹⁷ La Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 07 de abril de 2016.) se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan: **NOM-004-SSA3-2012** (*Del expediente clínico*); **NOM-005-SSA2-1993** (*De los servicios de planificación familiar*); **NOM-005-SSA3-2010** (*Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios*); **NOM-006-SSA3-2011** (*Para la práctica de la anestesiología*); **NOM-007-SSA3-2011** (*Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos*); **NOM-008-SSA3-2010** (*Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*); **NOM-010-SSA2-2010** (*Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*); **NOM-014-SSA2-1994** (*Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*); **NOM-014-SSA3-2013** (*Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo*); **NOM-015-SSA2-2010** (*Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*); **NOM-015-SSA3-2102** (*Para la atención integral a personas con discapacidad*); **NOM-016-SSA3-2012** (*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*); **NOM-017-SSA2-2012** (*Para la vigilancia epidemiológica*); **NOM-027-SSA3-2013** (*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*); **NOM-028-SSA2-2009** (*Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*); **NOM-028-SSA3-2012** (*Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica*); **NOM-030-SSA2-2009** (*Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica*); **NOM-031-SSA2-1999** (*Para la atención de la salud del niño*); **NOM-034-SSA2-2013** (*Para la prevención y control de los defectos al nacimiento*); **NOM-035-SSA3-2012** (*En materia de información en salud*); **NOM-036-SSA2-2012** (*Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano*); **NOM-039-SSA2-2002** (*Para la prevención y control de las infecciones de transmisión*

referencia a la norma identificada como NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

- 616.** La Norma Oficial Mexicana dispone en su numeral 5.1., que “la atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería”. Asimismo, se correlaciona con otra serie de normas oficiales mexicanas diseñadas para garantizar una atención integral, oportuna, de calidad y calidez a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- 617.** La NOM-007-SSA2-2016 establece que se debe garantizar la atención integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura (numeral 5.1.5); debe brindarse calidad y respeto de los derechos humanos de la mujer y recién nacido, principalmente en consideración a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Por lo mismo, todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas (numeral 5.1.11).
- 618.** En misma Norma Oficial Mexicana, se dispone que en los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida (numeral 5.1.7).
- 619.** Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud recomienda⁴¹⁸ -entre otras cuestiones- que, en la atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento, se tenga acompañamiento de la mujer por parte de una persona

sexual); **NOM-041-SSA2-2011** (Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama); **NOM-043-SSA2-2012** (Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación); **NOM-046-SSA2-2005** (Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención); **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002** (Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo); **NOM-131-SSA1-2012** (Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba); **NOM-253-SSA1-2012** (Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos).

⁴¹⁸ Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, 2018.

de su elección. Asimismo, recomienda que se evite el uso de la cardiocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto y auscultación intermitente en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto y, en cambio, recomienda que la auscultación se realice mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard, siendo la primera la tecnología más avanzada para dicha finalidad y la que garantiza una experiencia de parto positiva, pues permite evaluar el flujo sanguíneo en cualquier arteria o vena y es de especial relevancia para el estudio del cordón umbilical, la circulación cerebral y cardíaca fetal, así como la circulación uterina⁴¹⁹.

Derecho de las infancias al disfrute más alto posible de salud

- 620.** 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. Las niñas, niños y adolescentes constituyen un grupo heterogéneo con prioridades diversas en materia de salud, dependiendo de una serie de factores⁴²⁰ 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.
- 621.** 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.
- 622.** 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.

⁴¹⁹ Fundación Medicina Fetal Barcelona, "La ecografía Doppler". Consultado el 15 de marzo de 2023, <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/pruebas-diagnosticas-durante-el-embarazo/113-la-ecografia-doppler.html>

⁴²⁰ 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.

- 623.** En la Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño refirió que el derecho a la salud y su estado de salud son fundamentales para evaluar el interés superior del niño. Sin embargo, si hay más de una posibilidad para tratar una enfermedad o si el resultado de un tratamiento es incierto, se deben sopesar las ventajas de todos los tratamientos posibles frente a todos los posibles riesgos y efectos secundarios, y también debe tenerse en cuenta debidamente la opinión del niño en función de su edad y madurez.⁴²¹ Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa. En la sanidad primaria, deben ofrecerse servicios en cantidad y calidad suficientes que sean funcionales y aceptables para todos y estén al alcance físico y financiero de todos los sectores de la población infantil. Se recomienda fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido.⁴²²
- 624.** Particularmente tratándose de manera diferenciada de niñas y niños recién nacidos, lactantes y menores de 5 años, la atención médica requiere ser especializada y desarrollada desde una visión obstétrica, neonatal y pediátrica con supervisión de apoyo, vigilancia y análisis de datos para mejorar la calidad a lo largo de los distintos períodos de la infancia⁴²³ para prestar servicios de calidad reduciendo al mínimo el dolor, el miedo, la ansiedad y el sufrimiento de los niños y su familia⁴²⁴.
- 625.** 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 (físico, mental, espiritual y social) a través de su atención constante y continua desde el nacimiento⁴²⁵.
- 626.** Asimismo, dentro de la Observación General se señala la relación entre la salud y la atención de la madre antes, durante y después del parto, con la de

⁴²¹ Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/14, Observación General 14. Derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial, 29 de mayo de 2013.

⁴²² Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/15, Observación General 15. Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), 17 de abril de 2013.

⁴²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁴²⁴ 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.

⁴²⁵ 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.

sus hijas e hijos, por lo que este derecho de las niñas y los niños recién nacidos debe ser progresivo y visto, abordado y atendido durante todo el proceso del parto y no solo como una obligación momentánea.⁴²⁶

- 627.** 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 recursos o medidas insuficientes.⁴²⁷
- 628.** 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.

VI.2.1. Incumplimiento de la obligación de garantizar que el derecho a la salud reproductiva de las víctimas directas cumpliera con el requisito de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, en relación con el derecho a la integridad personal.

- 629.** Como previamente fue señalado, la *disponibilidad*, consiste, de manera general, en la posibilidad material de contar con suficientes establecimientos, servicios, bienes y programas para la atención de la salud. En cuanto a la accesibilidad, se refiere a la posibilidad de hacer uso de los servicios de salud para todas las personas sin discriminación.
- 630.** Por su parte, la aceptabilidad implica que todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben diseñarse y usarse de una forma que tome plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de las niñas y niños, respeto de la cultura, las minorías, lo pueblos y las comunidades, así como la consideración de criterios etarios, de género, discapacidad y diversidad sexual; así como que las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad⁴²⁸..

⁴²⁶ Ídem. Párr. 52 y 53.

⁴²⁷ Ídem. Párr. 71 y 72.

⁴²⁸ ONU, A/HRC/22/31, 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. párr. 25.

631. Mientras que, por calidad se entiende que los servicios médicos deben ser brindados por personal capacitado, así como con los insumos más avanzados.

Motivación

Caso 1.

Víctimas Directas: Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1) y la [Recién Nacida Víctima Directa 2]

632. En el presente caso, este Organismo documentó que personal Hospital Materno Infantil de Tláhuac, incumplió con su obligación de realizar una integración completa del expediente clínico de **Cristal**, ya que, entre otros aspectos, no cuenta con las notas de valoración médica brindada a **Cristal** el día 21 de enero de 2019,⁴²⁹ ni se observa la hoja de Triage, de fecha 7 de febrero de 2019, a nombre de **Cristal**, debidamente llenada.⁴³⁰

633. Por otro lado, esta CDHCM tiene la convicción de que en esa fecha (7 de febrero de 2019), no se realizó una valoración integral del binomio materno, fetal, ya que, ante la posible taquicardia fetal que presentaba la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, pudo habersele realizado a **Cristal** un ultrasonido para valorar el bienestar fetal, sin embargo, no fue así.⁴³¹

634. De igual manera, esta CDHCM documentó que, el 17 de febrero de 2019, personal médico no llenó la hoja de Triage, por lo cual, se desconoce su condición de salud al ingreso.⁴³² Por otro lado, este Organismo tiene constancia de que el 17 de febrero de 2019, **Cristal** acudió a dicho nosocomio a una valoración médica, alrededor de las 17:00 horas, en donde la médica, asentó en la nota, que le comentó a **Cristal** que debía volver en las siguientes 4 y 6 horas, sin embargo, en ese documento no consta la firma de **Cristal**, como se observó en otras notas de atenciones previas, por lo que no existe convicción de que dicha información le haya sido proporcionada.⁴³³ La médica que atendió a **Cristal** en esta ocasión, no pudo realizar la revisión llamada "tacto", al no contar con especialidad en ginecología, por lo que le pidió a otro médico que la realizara.

635. Además, esta CDHCM acreditó que el nosocomio omitió documentar la atención médica que le fue brindada a **Cristal** el 18 de febrero de 2019, a su reingreso al nosocomio en el área de urgencias, en donde se le diagnosticó con probable producto óbito. En concordancia, tampoco se observan los resultados del ultrasonido que le fue practicado a **Cristal** para confirmar el

⁴²⁹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 1, 2.

⁴³⁰ Anexo 1, Caso 1, evidencia 5.

⁴³¹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 4, 42.

⁴³² Anexo 1, Caso 1, evidencia 7.

⁴³³ Anexo 1, Caso 1, evidencia 3, 6, 7, 43.

óbito fetal.⁴³⁴ Asimismo, se documentó que el consentimiento informado que le fue entregado al ingreso carece de firma, así como el del procedimiento anestésico.⁴³⁵

- 636.** Aunado a lo anterior, este Organismo constató que personal médico no valoró la pertinencia de realizarle una cesárea a **Cristal**, sino hasta el momento en el que **Cristal** cursó con periodo expulsivo prologando.⁴³⁶ De igual manera se acreditó que no hay notas médicas de todo ese tiempo que estuvo en progresión, ni de las razones por las cuales finalmente se decidió someterla a cesárea.
- 637.** Durante su estancia en el nosocomio, personal médico no asentó detalladamente, en las notas médicas, el estado de salud **Cristal**.⁴³⁷ Al respecto, es de relevancia precisar que, este Organismo solicitó en dos ocasiones copia certificada del expediente clínico, entregándose incompleto en ambas. Un Comité de la SEDESA determinó que el expediente no especifica en qué momento presentó ruptura de membranas, no hay nota preoperatoria que justifique la cesárea, ni se conoce la situación de **Cristal** posterior a su realización.⁴³⁸
- 638.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de que personal del Hospital Materno Infantil de Tláhuac, omitió el cumplimiento de su obligación de garantizar los criterios de accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Cristal Labastida Juárez** y la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, impactando en su integridad física.

Caso 2.

Víctimas Directas: **Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3) y el [Recién Nacido Víctima Directa 4]**

- 639.** Este Organismo documentó que el 9 de febrero de 2019, el Hospital General Tláhuac, no contaba con los instrumentos para practicar los estudios necesarios para comprobar el diagnóstico de posible colestasis intrahepática con que cursaba **Stephanie**.⁴³⁹ Tampoco consta en el expediente clínico que, a su reingreso el 11 de febrero al nosocomio, éstos se le hayan practicado, ya que no obran en el expediente que se remitió a esta CDHCM.⁴⁴⁰

⁴³⁴ Anexo 1, Caso 1, evidencia 44.

⁴³⁵ Anexo 1, Caso 1, evidencia 15, 17

⁴³⁶ Anexo 1, Caso 1, evidencia 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 26, 27, 41.

⁴³⁷ Anexo 1, Caso 1, evidencia 42.

⁴³⁸ Anexo 1, Caso 1, evidencia 31, 37, 42, 44.

⁴³⁹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 1, 2, 3, 28.

⁴⁴⁰ Anexo 2, Caso 2, evidencia 3, 4, 5, 7, 8, 28.

640. Asimismo, el 12 de febrero, el hospital no contaba con posibilidad de realizar estudios paraclínicos y panel viral, por lo que referenció a **Stephanie**, pero no indicó a que nosocomio.⁴⁴¹
641. Por otro lado, se documentó que, en su reingreso al nosocomio, el 28 de marzo de 2019, para la práctica de la cesárea se le indicó que se le realizaría un registro cardiotocográfico y otros estudios previos a la cesárea, no obstante, éstos no obran en el expediente clínico al que tuvo acceso este Organismo, situación que no da certeza de que se hayan practicado.⁴⁴²
642. Para la cesárea, se acreditó que **Stephanie** fue atendida por médicos residentes, ya que el ginecobstetra fue designado para atender a otra mujer que iba recomendada, generando un trato desigual entre ellas.⁴⁴³
643. Respecto al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, este Organismo encontró que no se asentaron en las notas de atención de la cesárea, los signos vitales con los cuales nació y que, pese a su condición de gravedad, fue remitido al área de pediatría, en lugar de a la Unidad de Cuidados Intensivos, en razón de que no se contaba con especialista en el turno.⁴⁴⁴ Durante la estancia del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en el nosocomio, **Stephanie** y **Yair** solicitaron su traslado a otro nosocomio de la red que les fue negado.⁴⁴⁵
644. Además, se documentó un mal diagnóstico al nacimiento, ya que se asentó asfixia perinatal, no obstante, el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** no presentó sintomatología asociada, tampoco fue confirmado y mucho menos tratado para esa condición por el personal médico, no obstante, ese diagnóstico se encuentra asentado en diversas constancias y fue considerado como causa de fallecimiento. Personal de la SEDESA reconoció que las condiciones de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, al nacimiento, no eran constitutivas de asfixia perinatal.⁴⁴⁶
645. Se acreditó también un retardo en la atención médica del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en la Unidad de Cuidados Intensivos, en razón de que no contaba con personal, lo cual impactó negativamente en el diagnóstico oportuno. En cuanto a la práctica de la exanguinotransfusión, está también se retrasó por falta de personal médico y equipo y fue practicada cerca de 32 horas después de su nacimiento. Al respecto, este Organismo probó que no había disponibilidad de sangre reconstituida con las características

⁴⁴¹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 6, 28.

⁴⁴² Anexo 2, Caso 2, evidencia 10, 28.

⁴⁴³ Anexo 2, Caso 2, evidencia 15, 24, 26, 27, 29.

⁴⁴⁴ Anexo 2, Caso 2, evidencia 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 26, 28 29.

⁴⁴⁵ Anexo 2, Caso 2, evidencia 24, 26, 29.

⁴⁴⁶ Anexo 2, Caso 2, evidencia 15, 18, 21, 22, 23, 24,25, 27 28.

médicamente requeridas, no obstante, ante la urgencia del estado de salud del **Recién Nacido Víctima Directa 4**, se realizó el procedimiento con ella.⁴⁴⁷

- 646.** Además, se constató que hubo retraso en la atención de otros padecimientos como la hiperbilirrubinemia, ya que fue atendida entre las 23 y 36 horas, posteriores al nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**.⁴⁴⁸ Personal médico solicitó que le fueran practicados al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, diversos estudios, pero éstos no se encuentran integrados en el expediente clínico al cual tuvo acceso este Organismo, por lo que no existe constancia de su práctica; ⁴⁴⁹ en otros casos, no se contó con personal para realizarlos. ⁴⁵⁰ La falta de personal médico fue una constante en la estancia del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en el nosocomio.⁴⁵¹
- 647.** Se acreditó que en el expediente clínico del **Recién Nacido Víctima Directa 4**, no obran notas respecto al momento de su fallecimiento, desconociéndose cómo se dio, quién lo atendió y la atención brindada.⁴⁵² Asimismo, se observó que durante esos días no funcionó el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria, hecho que dio pauta a que muchas de las notas fueran registradas días después de la atención brindada, incluso con posterioridad al fallecimiento del **Recién Nacido Víctima Directa 4**.⁴⁵³
- 648.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de que personal del Hospital General de Tláhuac, omitió el cumplimiento de su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad (no discriminación y accesibilidad de la información) y calidad, en agravio de **Stephanie Santos Sánchez** y el **Recién Nacido Víctima Directa 4**, impactando en su integridad física.

Caso 3.

Víctima Directa: Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)

- 649.** Este Organismo documentó que durante la atención del parto de **Fabiola**, no había en el Hospital Materno Infantil Inguarán, médico pediatra que atendiera a **[Niña Víctima Indirecta 7]**, por lo cual fue recibida únicamente por personal de enfermería.⁴⁵⁴
- 650.** Asimismo, se constató que durante el nacimiento de la **Niña Víctima Indirecta 7**, **Fabiola** presentó una atonía uterina que se intentó remitir de diversas

⁴⁴⁷ Anexo 2, Caso 2, evidencia 18,20, 22, 23, 25, 26, 29.

⁴⁴⁸ Anexo 2, Caso 2, evidencia 23, 28.

⁴⁴⁹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 22,23, 28.

⁴⁵⁰ Anexo 2, Caso 2, evidencia 18.

⁴⁵¹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 19.

⁴⁵² Anexo 2, Caso 2, evidencia 26, 28, 29.

⁴⁵³ Anexo 2, Caso 2, evidencia 18, 19, 22,28.

⁴⁵⁴ Anexo 3, Caso 3, evidencia 6, 7, 75, 76.

formas; una de ellas, fue la colocación de Balón de Bakri que no funcionó ya que se encontraba incompleto, dificultando su colocación.⁴⁵⁵

- 651.** Aunado a lo anterior, durante la atención de la emergencia de **Fabiola**, el nosocomio no contaba con diversos recursos materiales como luz adecuada, especuloscopio y valvas del tamaño adecuado para realizar una revisión integral de las condiciones médicas de **Fabiola**.⁴⁵⁶ Además, en cuestión medicamentosa, no hubo insumos para proveerla de protección cerebral.⁴⁵⁷
- 652.** Por otro lado, **Fabiola** requería traslado urgente a otro nosocomio de la red, ya que en el Hospital Materno Infantil Inguarán, no contaban con personal en la Unidad de Cuidados Intensivos; no obstante, pese a intentar el traslado a diversos nosocomios de la red de salud de la CDMX, algunos no tenían espacio u otros simplemente no contestaron el teléfono.⁴⁵⁸ Asimismo, una vez concretado el traslado al Hospital General Balbuena, no se contaron con los insumos materiales como ventiladores, bombas de infusión y paquetes globulares que lo hicieran posible.⁴⁵⁹
- 653.** En relación con el expediente clínico, esta CDHCM concluye que existen deficiencias en su integración, incluso en lo que respecta a las firmas de los consentimientos informados.⁴⁶⁰
- 654.** El 25 de julio de 2018, **Fabiola** ingresó al Hospital General Balbuena en estado de gravedad. Respecto a la atención recibida en dicho nosocomio, este Organismo acreditó que el 27 de julio de 2018, se le realizó una intervención quirúrgica sin contar con estudios preoperatorios, en razón de que no había servicio para tales efectos.⁴⁶¹
- 655.** Asimismo se documentó que, durante su estancia, el estado de salud de **Fabiola** se fue deteriorando hasta su fallecimiento el 19 de agosto de 2018,⁴⁶² ameritando de diversos recursos materiales para su atención como servicios de radiografía y ultrasonido, concentrados eritrocitarios e insumos para colocación de sistema VAC de los que el hospital carecía.⁴⁶³

⁴⁵⁵ Anexo 3, Caso 3, evidencia 7, 73, 75, 79, 91.

⁴⁵⁶ Anexo 3, Caso 3, evidencia 7,16, 91.

⁴⁵⁷ Anexo 3, Caso 3, evidencia 17, 76, 77, 80, 91.

⁴⁵⁸ Anexo 3, Caso 3, evidencia 16, 18, 20, 22, 25, 26, 73, 76, 77, 81, 82, 91.

⁴⁵⁹ Anexo 3, Caso 3, evidencia 15, 21, 22, 25, 26.

⁴⁶⁰ Anexo 3, Caso 3, evidencia 91.

⁴⁶¹ Anexo 3, Caso 3, evidencia 28, 30, 31, 32, 71, 72.

⁴⁶² Anexo 3, Caso 3, evidencia 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70.

⁴⁶³ Anexo 3, Caso 3, evidencia 29, 35, 43, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 91.

- 656.** Por cuanto hace al expediente clínico, tanto COFEPRIS, como esta CDHCM, encontraron deficiencias e irregularidades en su llenado, incumpliendo con la Norma Oficial Mexicana en la materia.⁴⁶⁴
- 657.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de las omisiones en que el personal del Hospital Materno Infantil Inguarán y del Hospital General Balbuena, incurrieron incumpliendo así con su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Fabiola Morales Moreno**, impactando en su integridad física.

Caso 4.

Víctimas Directas: Jimena Marisol, (Mujer Víctima Directa 6) y el [Recién Nacido Víctima Directa 7]

- 658.** Esta CDHCM documentó que el 1 de abril de 2021, en el Hospital Materno Infantil Inguarán, solo había una médica en el área de urgencias del turno nocturno, misma que atendió en diversas ocasiones a **Jimena Marisol**.⁴⁶⁵ Al respecto, se concluye también que en las 3 ocasiones que **Jimena Marisol** acudió al nosocomio durante ese día y la madrugada del 2 de abril de 2021, en la revisión del área de urgencias, se clasificó en color amarillo, requiriendo atención médica en un periodo máximo de 15 minutos, que no recibió,⁴⁶⁶ por lo cual las consultas carecieron de un enfoque de riesgo.⁴⁶⁷
- 659.** Asimismo, se logró acreditar que las notas médicas relacionadas, no cumplen con las Norma Oficial Mexicana en la materia, ya que no fueron debidamente llenadas y tampoco se asentaron algunos datos como la hora, los signos vitales y el resultado de la exploración física, entre otros.⁴⁶⁸
- 660.** Por otro lado, se acreditó que el quirófano donde el 2 de abril de 2021, fue atendida la cesárea de **Jimena Marisol**, no contaba con todos los instrumentos necesarios como tocográficos y laringoscopios en el carro rojo. Además, para la atención de todas las emergencias obstétricas, solo había 1 ginecobstetra, 1 anestesiólogo y 1 pediatra, lo que retrasó la atención de **Jimena Marisol**, aun cuando ameritaba prioridad quirúrgica.⁴⁶⁹
- 661.** En cuanto al [Recién Nacido Víctima Directa 7], la CDHCM documentó que no se asentó en las notas médicas, la descripción de su estado de salud al momento del nacimiento y tampoco se establece su calificación de Apgar y

⁴⁶⁴ Anexo 3, Caso 3, evidencia 85, 91.

⁴⁶⁵ Anexo 4, Caso 4, evidencia 31.

⁴⁶⁶ Anexo 4, Caso 4, evidencia 1, 3, 5.

⁴⁶⁷ Anexo 4, Caso 4, evidencia 33.

⁴⁶⁸ Anexo 4, Caso 4, evidencia 3, 4,5, 6, 53.

⁴⁶⁹ Anexo 4, Caso 4, evidencia 12, 33, 40, 41, 43, 44, 53.

Silverman, situación que no es justificable ante ningún escenario.⁴⁷⁰ Aunado a lo anterior, se acreditó que personal médico no le brindó la atención médica adecuada ya que le colocó acceso vascular vía periférica, aunque ameritaba que fuera umbilical, situación que el pediatra justificó refiriendo que era el único en el turno. Al respecto, también se constató que este médico llevaba tiempo sin recibir capacitación para la atención.⁴⁷¹

- 662.** Durante su estancia en el nosocomio, el estado de salud del **[Recién Nacido Víctima Directa 7]** fue deteriorándose. Al respecto, el propio personal del nosocomio determinó que, en relación con la atención brindada al **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**, no existe correlación entre el estado clínico, los estudios realizados y el tratamiento, así como que en el expediente clínico se carece, en varias notas, de información.⁴⁷²
- 663.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán, omitió el cumplimiento de su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Jimena Marisol Avellán Sánchez** y el **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**, impactando en su integridad física.

Caso 5.

Víctimas Directas: Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8) y la [Recién Nacida Víctima Directa 9]

- 664.** Esta CDHCM constató a partir de la revisión del expediente clínico, que el personal médico no cumple con la documentación del expediente clínico de manera legible, ya que existen notas de la atención médica recibida por **Alizon** el 15 mayo de 2017 en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, de cuyo contenido no se tiene certeza.⁴⁷³
- 665.** Asimismo, se encontró que el 16 de mayo de 2017, previo al nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** y durante su estancia en la unidad de tococirugía, a **Alizon** le fue suministrada analgesia, sin que el consentimiento informado para tales efectos se encuentre firmado por ella.⁴⁷⁴ Aunado a lo anterior, la nota respectiva es en su mayoría ilegible.
- 666.** Por otro lado, se determinó a partir de la consulta del expediente clínico, que el personal médico no asentó en el partograma, el momento en que **Alizon** alcanzó 9 centímetros de dilatación, ni a qué hora se encontró el producto en

⁴⁷⁰ Anexo 4, Caso 4, evidencia 16, 17, 19, 43, 44, 47, 50, 53.

⁴⁷¹ Anexo 4, Caso 4, evidencia 33, 39, 53.

⁴⁷² Anexo 4, Caso 4, evidencia 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 36, 46, 48, 50, 53.

⁴⁷³ Anexo 5, Caso 5, evidencia 2, 3.

⁴⁷⁴ Anexo 5, Caso 5, evidencia 8, 21, 37, 44, 48.

tercer plano de Hodge.⁴⁷⁵ Tampoco se encontró que se haya realizado algún estudio para verificar el bienestar materno fetal.⁴⁷⁶

- 667.** Además, al momento del parto de **Alizon**, solo había una médica ginecóloga en el turno, así como un médico pediatra, quien pese a encontrarse en las instalaciones del nosocomio, no acudió a atender el nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** hasta minutos después de ocurrido. Incluso, se documentó que mandó a su médico residente quien no contaba con la experiencia ni la capacitación necesarias para atender la condición de salud de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** al nacimiento.⁴⁷⁷
- 668.** El pediatra acudió a la atención cuando la anesthesióloga ya había intubado a la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, en razón las malas condiciones generales que presentó, por lo que, al observarla con mejoría, sin realizar valoraciones adicionales, este médico determinó su extubación, generando nuevamente deterioro en la condición de salud de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**.⁴⁷⁸ Finalmente, dicho servidor público asentó en las notas, la condición de salud la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** al nacimiento, así como su calificación de Apgar, situación que no pudo constar, ya que, reiteramos, no estuvo presente en el nacimiento.⁴⁷⁹
- 669.** Los hechos documentados dan certeza a este Organismo de que personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, omitió el cumplimiento de su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Alizon Margarita Cruz Bravo** y la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, impactando en su integridad física.

Caso 6.

Víctima Directa: Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

- 670.** Este Organismo constató que, en diversas consultas de atención prenatal que recibió **Laura Reyes Reyes** en la Clínica Comunitaria Santa Catarina, fue personal de enfermería quien dio seguimiento a su condición de salud y no personal médico.⁴⁸⁰ Además, su expediente clínico incumple con lo previsto en la Norma Oficial Mexicana en la materia.⁴⁸¹
- 671.** Por otro lado, se documentó que la noche del 22 de febrero de 2019, **Laura** acudió a la Clínica Hospital Emiliano Zapata, donde le indicaron que no se

⁴⁷⁵ Anexo 5, Caso 5, evidencia 6, 7, 18, 36, 37.

⁴⁷⁶ Anexo 5, Caso 5, evidencia 48.

⁴⁷⁷ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 22, 29, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49.

⁴⁷⁸ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 22, 29, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49.

⁴⁷⁹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 11, 15, 16, 22, 29, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49.

⁴⁸⁰ Anexo 6, Caso 6, evidencia 2, 5, 6, 10, 11, 60.

⁴⁸¹ Anexo 6, Caso 6, evidencia 60.

podía ingresar al nosocomio, en razón de que no tenía médica ginecóloga que atendiera la urgencia obstétrica.⁴⁸² Además, como parte de la investigación realizada por el Ministerio Público, se solicitaron las videograbaciones de las cámaras que se encuentran dentro del nosocomio, sin embargo, el propio personal reportó que éstas tienen fallas desde el año 2014 y que fueron reportadas a las oficinas centrales de la SEDESA, sin que a la fecha de los hechos hubiesen sido reparadas.⁴⁸³

- 672.** Aunado a lo anterior se determinó que, durante su atención en el Hospital General de Iztapalapa, el parto fue atendido por médicos residentes, al carecer de personal médico y de enfermería.⁴⁸⁴
- 673.** Asimismo, en dicho nosocomio le fue realizada una revisión de cavidad ante un sangrado en el canal de parto que presentó, sin embargo, dentro del expediente no se encontraron notas de dicho procedimiento, ni de sus hallazgos.⁴⁸⁵
- 674.** Además, ante la sospecha de daño neurológico, **Laura** necesitaba el apoyo de un ventilador, sin embargo, no había disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que le fue prestado uno del área de urgencias.⁴⁸⁶ En concordancia, también requería la práctica de una tomografía, no obstante, esta tardó en practicársele cerca de 4 horas, ya que no había servicio de inhaloterapia ni de camillería.⁴⁸⁷
- 675.** Finalmente, los propios Comités de la SEDESA, así como personal de este Organismo, determinaron incumplimiento de lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, incluso se encontraron con notas médicas de octubre de 2018, fechas que no serían concordantes con aquellas en las que **Laura** estuvo internada en el Hospital General de Iztapalapa.⁴⁸⁸
- 676.** Los hechos del caso permiten a este Organismo llegar a la conclusión de que personal de la Clínica Comunitaria Santa Catarina perteneciente a SERSALUD, así como de la Clínica Hospital Emiliano Zapata y del Hospital General de Iztapalapa dependientes de la SEDESA, incumplieron con su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Laura Reyes Reyes**, impactando en su integridad física.

⁴⁸² Anexo 6, Caso 6, evidencia 42, 44, 50, 60.

⁴⁸³ Anexo 6, Caso 6, evidencia 14, 45.

⁴⁸⁴ Anexo 6, Caso 6, evidencia 21, 39, 60.

⁴⁸⁵ Anexo 6, Caso 6, evidencia 3, 21, 24, 25, 26, 36, 37, 40, 60.

⁴⁸⁶ Anexo 6, Caso 6, evidencia 7.

⁴⁸⁷ Anexo 6, Caso 6, evidencia 8, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 60.

⁴⁸⁸ Anexo 6, Caso 6, evidencia 3, 4, 9, 54, 60.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

677. De la investigación realizada, este Organismo logró documentar que el 2 de diciembre de 2018, a su ingreso al Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, no se realizó una valoración del estado de salud de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, que quedara asentada en una Hoja de Triage.⁴⁸⁹
678. Asimismo, se encontró que durante la progresión del trabajo de parto de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, solo había en el nosocomio un médico ginecobstetra para atender todas las emergencias.⁴⁹⁰ Esto impactó también en la adecuada documentación de la condición de la **[Mujer Víctima Directa 11]** en el partograma.⁴⁹¹
679. En este mismo sentido, al momento de atender la cesárea de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, no se encontraban con quirófanos limpios en el área de tococirugía, por lo que su emergencia tuvo que ser atendida en quirófanos centrales.⁴⁹² Además, no se contó con el tipo de sangre de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, por lo cual, ante su condición de salud fue necesario el uso de sangre isogrupo, ni se contó con medicamentos para contrarrestar la atonía uterina que presentó la **[Mujer Víctima Directa 11]**.⁴⁹³
680. Posteriormente, la **[Mujer Víctima Directa 11]** requirió la práctica de una tomografía de cráneo, no obstante, se solicitó apoyo de otro nosocomio de la red, ya que no se contaba con tomógrafo.⁴⁹⁴ Por otro lado, tampoco se contaba con especialista en neurología, por lo que se dilató la valoración de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, por esa especialidad.⁴⁹⁵
681. A los familiares de la **[Mujer Víctima Directa 11]** le fueron solicitados por personal médico, diversos insumos para su atención como cánulas y sondas, ya que no contaban con varios de ellos, mismos que proporcionaron en aras de mejorar la atención de su paciente.⁴⁹⁶
682. Para el 23 de febrero de 2019, la **[Mujer Víctima Directa 11]**, presentó secreciones verdosas que ameritaron la práctica de cultivos, no obstante,

⁴⁸⁹ Anexo 7, Caso 7, evidencia 63.

⁴⁹⁰ Anexo 7, Caso 7, evidencia 50, 58, 59, 62, 63.

⁴⁹¹ Anexo 7, Caso 7, evidencia 6, 63.

⁴⁹² Anexo 7, Caso 7, evidencia 43, 44, 53, 58, 62, 63.

⁴⁹³ Anexo 7, Caso 7, evidencia 7, 58, 63.

⁴⁹⁴ Anexo 7, Caso 7, evidencia 43, 44, 54, 55, 63.

⁴⁹⁵ Anexo 7, Caso 7, evidencia 16, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 32, 63.

⁴⁹⁶ Anexo 7, Caso 7, evidencia 28, 29, 39, 40, 45, 61.

debido a que era fin de semana, éstos no pudieron procesarse y tampoco se contaba con medicamentos para brindarle el tratamiento necesario.⁴⁹⁷

- 683.** Finalmente, tanto los Comités de la SEDESA, como personal médico de esta CDHCM son concluyentes respecto a las deficiencias en la integración del expediente clínico.⁴⁹⁸
- 684.** Hechos que permiten a este Organismo llegar a determinar que personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, incumplió con su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de la **[Mujer Víctima Directa 11]**, impactando en su integridad física.

Caso 8

Víctimas Directas: Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12) y la [Recién Nacida Víctima Directa 13].

- 685.** De la investigación realizada, este Organismo documentó que el día 2 de diciembre de 2019, **Teresa Gutiérrez Lezama** requería su ingreso al área de ginecología del Hospital de Especialidad “Dr. Belisario Domínguez”, pero se le explicó que, ante cualquier eventualidad, no se contaba con lugar disponible en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.⁴⁹⁹
- 686.** Durante su estancia en dicho nosocomio para vigilancia del bienestar materno-fetal, este Organismo constató que no se realizó una revisión de su cérvix, su longitud y su dilatación.⁵⁰⁰ Además, se le requirió la práctica de diversos estudios que no aparecen en el expediente.⁵⁰¹ **Teresa** permaneció en el nosocomio hasta el 29 de diciembre de 2019, sin embargo, el 2 de enero reingresó por absceso en herida quirúrgica.⁵⁰²
- 687.** Con relación a la atención médica brindada a la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, se acreditó que no había insumos para brindarle la nutrición parenteral que requería.⁵⁰³ Por otro lado, momentos después de su caída de la incubadora, por la madrugada del 2 de febrero de 2020, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** requería la práctica de una radiografía, sin que hubiera radiólogo en turno, así como una tomografía que tampoco se practicó porque no funcionaba el tomógrafo.⁵⁰⁴

⁴⁹⁷ Anexo 7, Caso 7, evidencia 46, 63.

⁴⁹⁸ Anexo 7, Caso 7, evidencia 43, 44, 47, 50, 62, 63.

⁴⁹⁹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 2.

⁵⁰⁰ Anexo 8, Caso 8, evidencia 65.

⁵⁰¹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 2, 65.

⁵⁰² Anexo 8, Caso 8, evidencia 15, 16, 18, 19, 60.

⁵⁰³ Anexo 8, Caso 8, evidencia 17, 41, 55.

⁵⁰⁴ Anexo 8, Caso 8, evidencia 17, 35, 37, 52, 53, 55, 58, 59, 61.

- 688.** Asimismo, para la toma de la radiografía mencionada, se realizó el traslado de emergencia al Hospital General de Tláhuac, sin informarle a **Teresa** de lo anterior.⁵⁰⁵
- 689.** Aunado a lo anterior, el propio Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del nosocomio, señaló la necesidad de capacitar al personal con relación a la seguridad del paciente; reconoció que hubo falta de apego a medidas para la prevención; identificó que hubo más pacientes que personal y señaló la falta de supervisión constante, falta de capacitación del personal y falta de mantenimiento preventivo y correctivo de incubadoras.⁵⁰⁶
- 690.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de que personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” incumplió con su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de **Teresa Gutiérrez Lezama** y la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** impactando en su integridad física.

Caso 9.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 14]

- 691.** La CDHCM documentó que el 27 y 28 de diciembre de 2020, la **[Mujer Víctima Directa 14]** se presentó en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, sin que sea posible tener certeza de la atención médica recibida, ya que sólo obran notas de triage en el expediente clínico.⁵⁰⁷
- 692.** Asimismo, se acreditó que a su ingreso al nosocomio el día 6 de enero de 2021, para la atención del parto, se inició una hoja de triage a nombre de la **[Mujer Víctima Directa 14]**, sin embargo, no fue debidamente llenada.⁵⁰⁸ Además, durante su parto, no había ginecólogo en turno, por lo que fue atendida por un médico adscrito al área de urgencias.⁵⁰⁹
- 693.** Esta CDHCM documentó que previo a su reingreso al nosocomio, personal médico se negó a recibir a la **[Mujer Víctima Directa 14]**, por sospecha de ser portadora del virus del SARS-Cov2, por lo que fue recibida hasta que ya se encontraba en extrema gravedad.⁵¹⁰ Posteriormente, dada su condición, se intentó el traslado de la **[Mujer Víctima Directa 14]** a otro nosocomio de la

⁵⁰⁵ Anexo 8, Caso 8, evidencia 35, 36, 37, 52, 53, 59, 61.

⁵⁰⁶ Anexo 8, Caso 8, evidencia 51, 53.

⁵⁰⁷ Anexo 9, caso 9, evidencia 60.

⁵⁰⁸ Anexo 9, caso 9, evidencia 2, 4, 57, 60.

⁵⁰⁹ Anexo 9, caso 9, evidencia 9, 10, 13, 51.

⁵¹⁰ Anexo 9, caso 9, evidencia 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23.

red, no obstante en muchos no contestaron y en otros no había espacio para recibirla; además, no se contaba con la ambulancia para tales efectos.⁵¹¹

- 694.** Se acreditó también que, debido a su gravedad, la **[Mujer Víctima Directa 14]** tuvo que ser intervenida quirúrgicamente, pero no se contó en el nosocomio con suficiente personal de ginecología y enfermería, área de terapia intensiva, medicamentos, banco de sangre e insumos, como catéter central.⁵¹²
- 695.** También se encontró que hay deficiencias en la integración del expediente clínico, durante los dos ingresos de la **[Mujer Víctima Directa 14]** a este hospital.⁵¹³
- 696.** La **[Mujer Víctima Directa 14]** fue trasladada al Hospital General Xoco, cerca de las 13:50 horas, vía cóndor sin acompañamiento de personal médico, de enfermería o paramédico para conocer antecedentes.⁵¹⁴ Ahí, hasta las 20:30 horas le fue realizada una intervención quirúrgica, debido a que no se contaba con médico ginecólogo.⁵¹⁵ Asimismo, durante su atención, tampoco se contó con tomógrafo.⁵¹⁶
- 697.** Todo lo anterior da certeza a este Organismo respecto de que personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac y del Hospital General Xoco incumplieron con su obligación de garantizar los criterios de disponibilidad, accesibilidad de la información y calidad, en agravio de la **[Mujer Víctima Directa 14]**, impactando en su integridad física.

VI.3. Derecho a la vida

- 698.** El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, reconoce el derecho a la vida como aquel inherente a la persona humana y que estará protegido en ley con la intención de que nadie puede ser privado arbitrariamente de la vida.⁵¹⁷
- 699.** Casi en el mismo sentido, se pronuncia el Artículo 4 de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos, en cuyo texto únicamente se adiciona el derecho a que se respete su vida, a partir del momento de la concepción.⁵¹⁸ En este sentido, la Corte regional ha afirmado reiteradamente

⁵¹¹ Anexo 9, caso 9, evidencia 18, 21, 22.

⁵¹² Anexo 9, caso 9, evidencia 14, 15, 18, 21, 22, 54,57, 58, 60.

⁵¹³ Anexo 9, caso 9, evidencia 57, 60.

⁵¹⁴ Anexo 9, caso 9, evidencia 19, 23, 24.

⁵¹⁵ Anexo 9, caso 9, evidencia 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.

⁵¹⁶ Anexo 9, caso 9, evidencia 50.

⁵¹⁷ Pacto de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200, 16 de diciembre de 1966, artículo 6.

⁵¹⁸ Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana

que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana, ya que su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En virtud de ello, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio.⁵¹⁹

- 700.** De manera transversal, el artículo 4 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer refiere que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección del derecho a que se respete su vida.⁵²⁰ Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 6 reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.⁵²¹
- 701.** Estos artículos no sólo presuponen que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. En consecuencia, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra el mismo.⁵²²
- 702.** En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfirieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud.⁵²³
- 703.** Asimismo, ha afirmado que este derecho se encuentra directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de éste.⁵²⁴ Por otro lado, la Corte IDH ha señalado que la falta adecuada de atención médica

sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, artículo 4.

⁵¹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso de los "Niños de la Calle" Villagrán Morales y otros Vs. Guatemala (Fondo). Sentencia de 19 de noviembre de 1999, serie C, núm. 63, entre otras.

⁵²⁰ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Aprobada en Belém Do Pará Brasil, 6 de septiembre de 1994, artículo 6.

⁵²¹ Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, 20 de noviembre de 1989, artículo 6.

⁵²² Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 23 de agosto de 2018, serie C núm. 359.

⁵²³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 1 de septiembre de 2015, serie C, núm. 298.

⁵²⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Manuela y otros vs el Salvador (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)", Sentencia de 2 de noviembre de 2021, Serie C, núm. 441.

a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna, [perinatal, neonatal y posnatal], por lo que *“los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna”*.⁵²⁵

704. Para efectos de determinar la responsabilidad del Estado en casos de muerte en el contexto médico, es preciso acreditar los siguientes elementos:

- Cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso. Dichas verificaciones deberán tomar en consideración la posible situación de especial vulnerabilidad de la persona afectada, como por ejemplo su situación de detención, y frente a ello las medidas adoptadas para garantizar su situación.⁵²⁶
- Se acredite una negligencia médica grave⁵²⁷, y
- La existencia de un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente.⁵²⁸ Respecto del nexo causal, la Corte IDH ha estimado que no se puede imputar causalmente el resultado dañino a la falta de atención de la salud, porque se trata de una omisión, y es de toda evidencia que las omisiones no “causan”, si no que dejan andar una causalidad que “debía” ser interrumpida por la conducta jurídicamente ordenada. En consecuencia, siempre se debe valorar

⁵²⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay (Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 24 de agosto de 2010, serie C, núm. 214.

⁵²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Manuela y otros vs el Salvador (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”.

⁵²⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, serie C, núm. 149 y “Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 23 de agosto de 2018, serie C núm. 359.

⁵²⁸ , “Caso Poblete Vilches vs Chile (Fondo, Reparaciones y Costas)” y “Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas).

sobre una probabilidad acerca de la interrupción de una causalidad que no se interrumpió.⁵²⁹

- 705.** La falta de servicios de salud apropiados tiene efectos diferencias sobre el derecho de la mujer [y sus hijos e hijas] a la vida.⁵³⁰ Cuando un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir la mortalidad materna [perinatal, neonatal y postnatal], evidentemente impacta el derecho a la vida de las mujeres y en periodo de posparto, [así como de sus hijos e hijas].
- 706.** En el presente instrumento recomendatorio, por el derecho a la vida, este Organismo se pronunciará únicamente respecto de 5 de los casos que nos ocupan, entre ellos 3 de muerte materna, 1 sobre muerte perinatal y 1 por muerte postnatal, respecto de las cuales fue posible generar la convicción suficiente para ser atribuibles a personal médico de diversos nosocomios de la red de salud de la Ciudad de México.

Motivación

Caso 2.

Víctima Directa: [Recién Nacido Víctima Directa 4]

- 707.** Esta Organismo constató que, desde el 11 de febrero de 2019, es decir, mes y medio antes del nacimiento de **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, el Hospital General de Tláhuac tenía conocimiento de la posibilidad de que su grupo sanguíneo fuera incompatible con el de su madre, Stephanie Santos Sánchez.⁵³¹ Pese a esto, personal del HGT no tomó las medidas necesarias para garantizar que **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** tuviera la atención médica especializada al momento de su nacimiento y tampoco realizó las gestiones para trasladar a su madre a otro nosocomio de la red que tuviera los recursos materiales y humanos para tales efectos.⁵³²
- 708.** Por otro lado, la CDHCM documentó que desde su nacimiento, **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** no fue debidamente diagnosticado, ya que aún sin contar con sintomatología asociada, ni realizar estudios confirmatorios, personal médico manejó que cursó con asfixia perinatal. De haber sido así, esta CDHCM documentó que personal médico no otorgó el tratamiento para remitir dicho padecimiento, sin embargo, ese diagnóstico fue considerado como causa de fallecimiento. Personal de la SEDESA reconoció que las

⁵²⁹Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas).

⁵³⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Dictamen Comunicación núm. 17/2008 Alynne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil, 27 de septiembre de 2011.

⁵³¹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 3, 28.

⁵³² Anexo 2, Caso 2, evidencia 12, 22, 23, 28.

condiciones de salud del [Recién Nacido Víctima Directa 4], al nacimiento, no eran constitutivas de asfixia perinatal.

- 709.** En adición, este Organismo acreditó un retardo en la atención médica del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HGT, en razón de que no contaba con personal, situación que impactó en el diagnóstico y tratamiento oportuno⁵³³, tan es así, que el procedimiento de exanguinotransfusión que requería el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** se practicó 32 horas después de su nacimiento y con un tipo de sangre que no cumplía con las características médicamente requeridas.⁵³⁴
- 710.** En concordancia, la CDHCM constató que hubo retraso en la atención de otros padecimientos como la hiperbilirrubinemia, ya que fue atendida entre las 23 y 36 horas, posteriores al nacimiento del [Recién Nacido Víctima Directa 4].⁵³⁵
- 711.** Estos hechos permiten a esta CDHCM acreditar que existieron acciones y omisiones en la atención médica recibida por el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, mismas que fueron determinantes para su fallecimiento, ante la condición de salud que presentaba, con lo que personal del Hospital General Tláhuac incumplió con la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, generando afectaciones en su núcleo familiar.

Caso 5.

Víctima Directa: [Recién Nacida Víctima Directa 9]

- 712.** La CDHCM tiene acreditado que durante el ingreso de **Alizon** el 16 de mayo de 2017, personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco le introdujo un gancho por la vagina, indicándole verbalmente que tenía líquido amniótico meconial, no obstante, no documentó esa situación en ninguna nota médica o documento incluido en el expediente clínico.⁵³⁶ Asimismo, durante el tiempo que permaneció en progresión de parto natural, no le fue practicado a **Alizon** ningún estudio adicional para verificar el bienestar del binomio materno fetal.⁵³⁷ Esto es de relevancia, ya que el protocolo de necropsia practicado al cuerpo de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, es concordante con la presencia de líquido meconial,⁵³⁸ por lo cual, era de relevancia que personal médico

⁵³³ Anexo 2, Caso 2, evidencia 15, 24, 26, 27, 29.

⁵³⁴ Anexo 2, Caso 2, evidencia 18,20, 22, 23, 25, 26, 29

⁵³⁵ Anexo 2, Caso 2, evidencia 23, 28.

⁵³⁶ Anexo 5, Caso 5, evidencia 11, 14, 25, 30, 32 36, 48, 49, 52.

⁵³⁷ Anexo 5, Caso 5, evidencia 48.

⁵³⁸ Anexo 5, Caso 5, evidencia 25, 30, 32, 36.

ejecutara una vigilancia más estrecha del bienestar del binomio materno- fetal y evaluar si se requería la interrupción del embarazo.⁵³⁹

713. Por otro lado, cabe señalar que al momento del nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, el médico pediatra se negó a acudir, por lo que las labores de reanimación que requirió las realizó la anesthesióloga. La CDHCM logró acreditar, a partir de la revisión de la carpeta de investigación, que personal médico y de enfermería declaró que el pediatra se presentó aproximadamente 20 minutos después del nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, quien había presentado mejora en la coloración a su llegada, derivado de las acciones realizadas por la anesthesióloga, entre ellas, la intubación, por lo que dicho médico decidió extubarla, situación que trajo como consecuencia el deterioro de salud de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, sin que en esta ocasión se lograra reanimarla, declarándose su fallecimiento a las 22:34 horas.⁵⁴⁰

714. Aunado a lo anterior, cabe señalar, que el médico pediatra asentó que se emitió certificado de nacimiento y de defunción, aunque a su dicho, fue “muerte fetal”.⁵⁴¹ El caso de **Alizon** intentó ser conciliado con personal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, quien manifestó su negativa en relación con las pretensiones de los padres de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**.⁵⁴²

715. Estos hechos permiten a esta CDHCM acreditar que existieron acciones y omisiones en la atención médica recibida por la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, mismas que fueron determinantes para su fallecimiento, ante la condición de salud que presentaba, con lo que personal del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco incumplió con la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, generando afectaciones en su núcleo familiar.

Caso 6.

Víctima Directa: Laura Reyes Reyes, (Mujer Víctima Directa 10)

716. Esta CDHCM documentó que el 23 de febrero de 2019, **Laura** acudió al Hospital General de Iztapalapa, arribando cerca de las 3:00 horas, sin que le practicaran una primera valoración⁵⁴³, siendo esta realizada aproximadamente una hora después, encontrando que tenía un porcentaje alto de borramiento y 7 centímetros de dilatación, así como presión arterial alta. Pese a lo anterior, el personal médico no realizó ninguna acción para mitigar el riesgo, no realizó monitorización del bienestar del binomio materno-fetal, ni se realizaron

⁵³⁹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 52.

⁵⁴⁰ Anexo 5, Caso 5, evidencia 9, 10, 12, 22, 29, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49.

⁵⁴¹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 11.

⁵⁴² Anexo 5, Caso 5, evidencia 54.

⁵⁴³ Anexo 6, Caso 6, evidencia 19.

estudios para tener claridad en el diagnóstico de **Laura** de “enfermedad hipertensiva”⁵⁴⁴

- 717.** **Laura** recibió atención médica a las 4:48 horas, momento en el que presentó crisis convulsivas, lo que ameritó la atención del parto y la activación del Código mater. Dichas crisis pudieron haberse evitado, de atenderse la condición de salud de **Laura** a su ingreso.⁵⁴⁵
- 718.** Posteriormente, a las 8:30 horas de ese mismo día, se determinó que **Laura** cursaba con un sangrado del canal de parto, situación que ameritó la práctica de una revisión de cavidad, encontrando la presencia de una atonía uterina.⁵⁴⁶ Esta CDHCM documentó que para casos de enfermedad hipertensiva del embarazo, es necesario realizar, posterior al parto, esta revisión, sin embargo, en el caso de **Laura**, la práctica fue aproximadamente 4 horas después encontrando restos placentarios.⁵⁴⁷ Ambas situaciones condicionaron el agravamiento de la salud de **Laura** hasta su fallecimiento el 1 de marzo de 2019.⁵⁴⁸
- 719.** Estos hechos permiten a esta CDHCM acreditar que existieron omisiones en la atención médica recibida por **Laura Reyes Reyes**, mismas que fueron determinantes para el deterioro de su condición de salud y su posterior fallecimiento, con lo cual, personal del Hospital General de Iztapalapa incumplió con la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida, generando afectaciones en su núcleo familiar.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

- 720.** Este Organismo documentó que la [Mujer Víctima Directa 11] acudió al Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” el 2 de diciembre de 2018, presentando 8 centímetros de dilatación y 80% de borramiento. Por lo anterior, permaneció en progresión de parto natural de las 14:00 a las 20:30 horas. La [Mujer Víctima Directa 11] alcanzó la dilatación y el borramiento completo entre las 18:00 y las 18:30 horas, no obstante, fue hasta las 20:00 horas que se encontró con periodo expulsivo prolongado, fatiga materna, sin prensa para descenso y expulsión, determinándose la interrupción vía cesárea.⁵⁴⁹
- 721.** Con la evidencia que obra en el expediente de queja, este Organismo acreditó que la falta de vigilancia del binomio materno fetal durante aproximadamente

⁵⁴⁴ Anexo 6, Caso 6, evidencia 19, 60.

⁵⁴⁵ Anexo 6, Caso 6, evidencia 20, 22, 46, 47, 48, 60.

⁵⁴⁶ Anexo 6, Caso 6, evidencia 7, 25, 43, 58, 59, 63.

⁵⁴⁷ Anexo 6, Caso 6, evidencia 60.

⁵⁴⁸ Anexo 6, Caso 6, evidencia 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38.

⁵⁴⁹ Anexo 7, Caso 7, evidencia 7, 25, 43, 58, 59, 63.

dos horas y el periodo expulsivo prolongado al que fue expuesta la **[Mujer Víctima Directa 11]**, fueron un factor de riesgo importante para las complicaciones de salud que la **[Mujer Víctima Directa 11]** presentó con posterioridad, sobre todo lo relacionado a la atonía uterina, el choque hipovolémico y la hemorragia obstétrica.⁵⁵⁰

722. Lo anterior genera convicción a esta CDHCM respecto de que existieron omisiones en la atención médica recibida por la **[Mujer Víctima Directa 11]**, mismas que fueron determinantes para el deterioro de su condición de salud y su ulterior fallecimiento, con lo cual, personal del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” incumplió con la obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida, generando afectaciones en su núcleo familiar.

Caso 8.

Víctima Directa: **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**

723. Esta CDHCM tiene acreditado que hasta el día 1° de febrero de 2020, durante su estancia en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** había presentado mejoría significativa en los padecimientos que presentó a su nacimiento y aquellos que fueron consecuencia directa de su condición de prematurez, tan así que recientemente había sido trasladada al área de desarrollo.⁵⁵¹

724. Esto fue así, hasta que el día 2 de febrero de 2020, por la madrugada, presentó caída de la incubadora en la que se encontraba, provocándole un traumatismo craneoencefálico, que ameritó la atención de urgencia.⁵⁵² A partir de ese momento, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** presentó un deterioro en su condición de salud, concluyendo en su posterior fallecimiento.⁵⁵³

725. No somos omisos en mencionar, que el mismo protocolo de necropsia determina como causa del fallecimiento el traumatismo craneoencefálico que presentó la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** de manera posterior al incidente ocurrido el 2 de febrero de 2020.⁵⁵⁴

726. Cabe señalar que el propio dictamen técnico de la incubadora, realizado por personal de la propia SEDESA, refiere que no había registro de alguna falla en la incubadora reportada previamente por personal médico. Asimismo, refiere que, pese a que la puerta sí presenta rotura de bisagras, si se encuentra con ambos seguros puestos, era imposible que se abriera, por lo que la única

⁵⁵⁰ Anexo 7, Caso 7, evidencia 63.

⁵⁵¹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 11, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 65.

⁵⁵² Anexo 8, Caso 8, evidencia 34, 35, 36, 37, 40, 48, 52.

⁵⁵³ Anexo 8, Caso 8, evidencia 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 59, 61, 65.

⁵⁵⁴ Anexo 8, Caso 8, evidencia 49, 50.

forma de presentarse una caída era a partir de que las puertas laterales se encontraran abiertas y no hubiera vigilancia de la **[Rección Nacida Víctima Directa 13]**.⁵⁵⁵

727. Los hechos narrados permiten a esta CDHCM concluir, que existieron omisiones en la atención médica recibida por la **Rección Nacida Víctima Directa 13**, que fueron determinantes para su fallecimiento en dicho nosocomio, con lo cual personal del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, incumplió con la obligación de respetar el derecho a la vida, generando afectaciones en su núcleo familiar.

Caso 9.

Víctima Directa: **[Mujer Víctima Directa 14]**

728. Esta CDHCM documentó que posterior al nacimiento de su hijo, la **[Mujer Víctima Directa 14]** solicitó al personal médico que le practicara una oclusión tubárica bilateral, al referir paridad satisfecha⁵⁵⁶, misma que le fue realizada el 6 de enero.⁵⁵⁷

729. Se tiene constancia de que horas después de la oclusión tubárica bilateral,⁵⁵⁸ la **[Mujer Víctima Directa 14]** presentó fuertes dolores abdominales, respecto de los cuales tanto personal médico, como de enfermería, hicieron caso omiso, e incluso una nota refiere que se solicitó valoración por el área de ginecología, sin embargo, no obra evidencia al respecto.⁵⁵⁹

730. Pese a lo anterior, la **[Mujer Víctima Directa 14]** fue dada de alta del nosocomio, sin analizar si ese dolor era de un origen diferente al propio de la intervención quirúrgica, poniendo en total riesgo la vida de **[Mujer Víctima Directa 14]** al no establecer el diagnóstico oportuno y en su caso, suministrar el tratamiento necesario, circunstancias que trajeron como consecuencia que para su reingreso al hospital el 9 de enero de 2021, su situación fuera de gravedad y, posteriormente concluyera en su fallecimiento.⁵⁶⁰

731. Los hechos narrados, permiten a esta CDHCM concluir, que existieron omisiones en la atención médica recibida por la **[Mujer Víctima Directa 14]**, mismas que fueron determinantes para su fallecimiento en dicho nosocomio, con lo cual, personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac incumplió con la

⁵⁵⁵ Anexo 8, Caso 8, evidencia 53, 54, 55, 56, 57, 62.

⁵⁵⁶ Anexo 9, Caso 9, evidencia 1, 52.

⁵⁵⁷ Anexo 9, Caso 9, evidencia 5, 9, 22, 57.

⁵⁵⁸ Anexo 9, Caso 9, evidencia 1, 5, 9, 22, 52, 57

⁵⁵⁹ Anexo 9, Caso 9, evidencia 7, 22, 32, 51, 53, 55, 56, 59.

⁵⁶⁰ Anexo 9, Caso 9, evidencia 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 60.

obligación de respetar y garantizar el derecho a la vida, generando afectaciones en su núcleo familiar.

VI.4. Daño al proyecto de vida en relación con el derecho a la protección de la familia y la vida en familia.⁵⁶¹

- 732.** El proyecto de vida atiende a la realización integral de una persona, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. Se asocia con el concepto de realización personal y el cumplimiento del destino que se propone.
- 733.** Con una violación a derechos humanos, se impiden u obstruye la obtención de un resultado previsto y esperado, y por ende se altera en forma sustancial el desarrollo del individuo. Se trata de un daño que *“impide o menoscaba gravemente la realización de las expectativas de desarrollo personal, familiar y profesional factibles en condiciones normales en forma irreparable o muy difícilmente reparable”*.⁵⁶²
- 734.** Esos hechos cambian drásticamente el curso de la vida, imponen nuevas circunstancias adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su vida y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito.

VI.4.1 El derecho a la protección de la familia.

- 735.** El derecho a la protección de la familia se encuentra reconocido en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de cuyo texto se desprende claramente que *“toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”*⁵⁶³
- 736.** Por su parte, el artículo 6.D de la Constitución Política de la Ciudad de México expresamente señala que *“se reconoce a las familias la más amplia protección, en su ámbito individual y colectivo, así como su aporte en la construcción y bienestar de la sociedad por su contribución al cuidado, formación, desarrollo y transmisión de saberes para la vida, valores culturales, éticos y sociales”*.⁵⁶⁴

⁵⁶¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Loayza Tamayo vs. Perú (Reparaciones y Costas)” 3 de junio de 1999, serie C, núm. 42.

⁵⁶² Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Loayza Tamayo vs. Perú (Reparaciones y Costas)” 3 de junio de 1999, serie C, núm. 42.

⁵⁶³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.

⁵⁶⁴ Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 6. D.

737. En concordancia, el artículo 30 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías, reconoce que *“toda persona tiene derecho a fundar una familia, así como a la convivencia familiar, salvo riesgo o peligro grave”* y enfatiza la importancia de la contribución que las familias hacen en el *“cuidado y atención de las y los diversos integrantes del grupo; a la crianza y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes; a la formación de sus identidades; así como a su desarrollo socioafectivo y psicoemocional”*.⁵⁶⁵

VI.4.1.1 Derecho a fundar una familia

738. El artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos identifica a la familia como el elemento natural y fundamental de la sociedad que tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, así como reconoce el derecho de las personas a fundar una familia.⁵⁶⁶

739. Al respecto, en el artículo VI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se reconoce el derecho de toda persona a constituir una familia.⁵⁶⁷ El artículo 17 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se pronuncia al respecto, reconociendo el derecho del hombre y la mujer a fundar una familia, misma que debe ser protegida por la sociedad y el Estado.⁵⁶⁸

740. Los casos de muerte neonatal o perinatal, se dan en escenarios donde la madre, el padre, o ambos, no contemplan dentro de su esquema y proyecto de vida el que un hijo o hija pueda morir antes que ellos⁵⁶⁹. Cuando se produce una pérdida durante la etapa gestacional, la vida y la muerte caminan juntas.⁵⁷⁰

741. El proceso de duelo asociado a la pérdida perinatal, dadas las particularidades que le caracterizan y la ambigüedad que tiñe la experiencia, se convierte en un duelo desautorizado o privado de derechos, sobre todo porque tanto el personal sanitario, como la sociedad en general, comparten la percepción de que al ser “bebés no nacidos” o cuya vida fue muy corta, su muerte debe ser una experiencia “menos traumática”, al no reconocer la existencia de un

⁵⁶⁵ Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías del 8 de febrero de 2019 (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, última reforma del 7 de junio de 2019), artículo 30.

⁵⁶⁶ Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por Asamblea General de las Naciones Unidas, París, 10 de diciembre de 1948, artículo 16. En el mismo sentido se pronuncian el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁵⁶⁷ Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948, artículo VI.

⁵⁶⁸ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 17.

⁵⁶⁹ Patricia Algara Gónzalo, “El Duelo ante la muerte de un recién nacido” *Revista Ocronos*, Vol. III, núm 6 (octubre 2020), <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/El-duelo-ante-la-muerte-de-un-reci%C3%A9n-nacido.pdf>

⁵⁷⁰ Ana Pía López García de Madinabeitia, “Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 31 (2011), <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

vínculo “real” entre la madre, el padre y el/la bebé.⁵⁷¹ El vínculo afectivo entre madre e hijo se empieza a construir desde el embarazo. Cuando muere un hijo o hija antes de nacer o poco después de su nacimiento, también mueren los sueños, ilusiones, y profundas expectativas de ambos padres y de sus familiares.⁵⁷² Las mujeres que sufren la muerte de un hijo e hija pueden tener repercusiones a corto y a largo plazo en su vida sexual y reproductiva, que puede verse afectada por el temor a un nuevo embarazo y a sufrir otra pérdida.⁵⁷³

- 742.** El proceso de duelo inicia desde el momento en que los padres y madres, reciben la noticia de la muerte de su bebé, indicando que frente a esto experimentan: estado de shock, insensibilidad, aturdimiento, añoranza, conductas de búsqueda, irritabilidad, sentimientos de culpa o vergüenza, desorientación, desorganización de la vida cotidiana, enojo/rabia, sensación de vacío, desamparo soledad y desesperanza.⁵⁷⁴
- 743.** La vida de pareja se altera ante las diferentes manifestaciones e intensidad en el proceso de duelo que viven ambos. La falta de comunicación se presenta en algunas oportunidades, con el fin de no aumentar el sufrimiento del otro.⁵⁷⁵ La aparición de barreras para una comunicación efectiva, es una de las principales consecuencias en la relación de pareja, además de que cada uno se orientarán a redefinir su identidad y resolver complejas emociones, ocupando la mayor parte de su tiempo en recuerdos, pensamientos y sentimientos que disminuyen su disponibilidad emocional para otras personas cercanas como los otros hijos e hijas y la pareja.⁵⁷⁶

VI.4.1.2 Derecho a la vida en familia

- 744.** La Convención de los Derechos del Niño, en su preámbulo, reafirma que los niños, niñas y adolescentes “*para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión*”.⁵⁷⁷

⁵⁷¹Ariella Lang, “Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief”, *OMEGA - Journal of Death and Dying*, vol. 63 (2011), <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>

⁵⁷² Patricia Algara Gónzalo, “El Duelo ante la muerte de un recién nacido”.

⁵⁷³ *Ibidem.*

⁵⁷⁴ Maureen C. Kelley y Susan B. Trinidad, “Silent loss and the clinical encounter: Parents’ and physicians’ experiences of stillbirth—a qualitative análisis”, *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, núm. 137 (2012), <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-137>

⁵⁷⁵ Patricia Algara Gónzalo, “El Duelo ante la muerte de un recién nacido”.

⁵⁷⁶ Miguel Ángel Cordero V, Paulina Palacios B, Patricia Mena N y Luis Medina H, “Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido”, *Revista chilena de pediatría*, vol. 75, núm 1, (2004), https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100011

⁵⁷⁷ Convención de los Derechos del Niño, Preámbulo.

- 745.** Al respecto, el Comité de Derechos del Niño, en su Observación General 14 sobre el Derecho del Niño a que su Interés Superior sea una consideración primordial, precisó que es de carácter prioritario *“Prevenir la separación familiar y preservar la unidad familiar son elementos importantes del régimen de protección del niño, y se basan en el derecho recogido en el artículo 9, párrafo 1, que exige “que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos, excepto cuando [...] tal separación es necesaria en el interés superior del niño”*.⁵⁷⁸
- 746.** Los Estados tienen la obligación no sólo a disponer y ejecutar directamente medidas de protección de los niños, sino también a favorecer, de la manera más amplia, el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar.⁵⁷⁹ Asimismo, tienen la obligación de garantizar a los niños el disfrute efectivo de su vida familiar, libre de injerencias arbitrarias o ilícitas.⁵⁸⁰
- 747.** Por su parte, en la Corte IDH⁵⁸¹ ha dejado en claro, que los niños, niñas y adolescentes tiene derecho a vivir con su familia, misma que es llamada a satisfacer sus necesidades materiales, afectivas y psicológicas. Recientemente, en el caso *Brítez Arce y otros vs. Argentina*⁵⁸², la Corte se pronunció sobre las afectaciones a diversas esferas de la vida de los niños, niñas y adolescentes ante un escenario de muerte materna, así como a su derecho a la construcción de sus identidades por la desintegración del núcleo familiar.
- 748.** En virtud de lo anterior, la Corte encontró que la muerte materna tiene un impacto en el derecho a la integridad personal de sus hijos e hijas y tiene como efecto inmediato la desintegración total de su familia. Al respecto, la Corte recuerda que, conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Convención Americana, la familia “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado”. En ese sentido, la Corte ha establecido que el Estado está obligado a favorecer el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar y que el niño o la niña tienen derecho a vivir con su familia, que es la primera llamada a satisfacer sus necesidades materiales, afectivas y psicológicas.

⁵⁷⁸ Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/14, Observación General 14. Derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

⁵⁷⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 17/2002. Condición jurídica y derechos humanos del niño, 28 de agosto de 2002.

⁵⁸⁰ Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/14, Observación General 14. Derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

⁵⁸¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 17/2002. Condición jurídica y derechos humanos del niño.

⁵⁸² Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Brítez Arce vs Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia de 16 de noviembre de 2022, serie C, núm. 474.

- 749.** Aunado a lo anterior, la Convención para la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer, en su preámbulo, enfatiza “la *importancia social de la maternidad y la función tanto del padre como de la madre en la familia y en la educación de los hijos [...]*”.
- 750.** A nivel nacional, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconoce el derecho a vivir en familia, así como a preservar su identidad y sus relaciones familiares.⁵⁸³
- 751.** La muerte materna constituye un problema social que genera gran impacto a nivel familiar, afectando varios aspectos psicosociales del núcleo; así como también la estructura y dinámica, a sus integrantes como la pareja, hijas/os y familia extensa. La muerte materna marca una reconfiguración en la estructura y dinámica familiar, esto debido a la construcción social que gira en torno a la figura y función materna dentro de la familia “ellas constituyen en muchos casos el motor de los hogares”.⁵⁸⁴
- 752.** Una muerte materna desencadena una serie de situaciones en la familia, tales como desequilibrio emocional y económico. Estos factores provocan en los individuos que la conforman un giro en sus vidas, puesto que una madre representa un fundamento vital en la familia debido a su rol de cuidadora, educadora y protectora.⁵⁸⁵
- 753.** Se ha descrito que son los niños, niñas y adolescentes los más afectados,⁵⁸⁶ ya que en algunos casos son encargados con otros familiares para su cuidado, mientras el [familiar principal] cumple con su rol de proveedor económicos.⁵⁸⁷ Asimismo, se aprecian alteraciones del comportamiento (inquietud, agresividad y dificultad en la aceptación de normas) junto a problemas de rendimiento y adaptación escolar.⁵⁸⁸ Para las y los hijos más grandes implica en varios casos dejar de lado la escuela⁵⁸⁹ o disminuyen en su rendimiento, por asumir tareas del hogar o responsabilidades laborales, producto del deterioro económico del mismo.⁵⁹⁰ Asimismo, es de relevancia señalar que

⁵⁸³ Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del 4 de diciembre de 2014, (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 11 de enero de 2021), artículos 13 fracción IV, 19 y 22. En el mismo sentido se encuentra el artículo 13 de la Ley de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de México.

⁵⁸⁴ Ivonne Romero, Dennys Muñoz y Lucelly Benitez “Experiencia familiar frente a la muerte materna.” *Revista Ciencia y Cuidado*, núm.17 (2020), <https://doi.org/10.22463/17949831.1887>

⁵⁸⁵ Ivonne Romero, Dennys Muñoz y Lucelly Benitez “Experiencia familiar frente a la muerte materna.”

⁵⁸⁶ *Ibidem*.

⁵⁸⁷ *Ibidem*.

⁵⁸⁸ Leidy Lozano, Alix Bohórquez y Gloria Zambrano, “Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna”. *Revista Universidad y Salud*, núm 18 (2016), <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>

⁵⁸⁹ Leidy Lozano, Alix Bohórquez y Gloria Zambrano, “Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna”.

⁵⁹⁰ Ivonne Romero, Dennys Muñoz y Lucelly Benitez “Experiencia familiar frente a la muerte materna.”

también las abuelas, hermanas o hijas de las mujeres fallecidas asumen un rol como madres sustitutas.⁵⁹¹

Integridad personal de los familiares de las víctimas directas

- 754.** 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*”⁵⁹².
- 755.** Así, la Corte IDH ha establecido una presunción *iuris tantum*⁵⁹³ 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 presunción⁵⁹⁴.
- 756.** En todo caso, siguiendo la jurisprudencia de la Corte IDH, incluso los familiares directos pueden vivir un sufrimiento y angustia que llegue a ser calificado como trato inhumano⁵⁹⁵ u otro tipo de malos tratos. La Corte IDH ha estimado que las siguientes son causas de sufrimiento y angustia intensos entre los familiares de las víctimas: la falta de información acerca del paradero de éstas, la obstrucción de la labor de la justicia y la falta de una investigación adecuada y de sanciones a los responsables⁵⁹⁶. La contribución de parte del Estado para crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona posee un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en particular de los familiares cercanos que se ven obligados a afrontar la incertidumbre e inseguridad generada por la vulneración de su familia nuclear o cercana.⁵⁹⁷

⁵⁹¹ Doris Rodríguez y José Verdú, “Consecuencias de una muerte materna en la familia”, *Aquichan*, Vol. 13, Núm. 3, (2013), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955983>.

⁵⁹² Ver Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Cantoral Huamaní y García Santa Cruz vs. Perú (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 10 de julio de 2007, serie C, núm. 167, entre otras.

⁵⁹³ 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 Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Fernández Ortega y otros vs. México (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 30 de agosto de 2010, serie C, núm. 215.

⁵⁹⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña vs. Bolivia “(Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 1 de septiembre de 2010, serie C, núm. 217, entre otras.

⁵⁹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso 19 Comerciantes vs. Colombia “(Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 5 de julio de 2004, serie C, núm. 109, entre otras.

⁵⁹⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 2 de septiembre de 2004, serie C, núm. 112, entre otras.

⁵⁹⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Poblete Vilches vs Chile (Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 8 de marzo de 2018, serie C, núm. 349.

757. En general, algunos elementos que se deben considerar para determinar la violación de la integridad personal⁵⁹⁸ 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 realizadas⁵⁹⁹;
- 5) la permanente incertidumbre en la que se vieron envueltos los familiares de la víctima.

758. En ese sentido, debe tomarse en consideración que son víctimas, aquellas “personas físicas [...] que directa o indirectamente ha sufrido daño o el menoscabo de sus derechos producto de un hecho victimizante”⁶⁰⁰. En específico, son víctimas indirectas, los familiares o aquellas personas físicas dependientes de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella⁶⁰¹. 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”⁶⁰².

759. 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 familiares⁶⁰³; en estos casos el Comité de Derechos Humanos de la ONU ha señalado la existencia de una victimización indirecta⁶⁰⁴.

⁵⁹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Heliodoro Portugal vs. Panamá (Excepciones, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 12 de agosto de 2008, serie C, núm. No. 186.

⁵⁹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala (Fondo). Sentencia del 22 de febrero de 2002, serie C, núm. 91.

⁶⁰⁰ Ley de Víctimas de la Ciudad de México del 19 de febrero de 2018 (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, última reforma del 29 de septiembre de 2020), Artículo 3, fracción XXXVIII.

⁶⁰¹ Ley de Víctimas de la Ciudad de México, Artículo 3, fracción XL.

⁶⁰² Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tribunales Colegiados de Circuito, tesis aislada I.9o.P.177P en materia penal, “Desaparición forzada de personas. Víctimas directa e indirecta de este delito.” *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, (enero de 2018).

⁶⁰³ Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución CCPR/C/86/D/1159/2003. Dictamen de la Comunicación, 1159/03 “Sankara y otros vs. Burkina Faso”, 31 de marzo de 2006.

⁶⁰⁴ Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Dictamen emitido a tenor del párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación número 1447/2006 “Caso Aïzan Amirova y Abubakar Amirov vs. Rusia”, 2 de abril de 2009.

Motivación⁶⁰⁵

760. En 9 de los casos que conforman el presente instrumento recomendatorio, esta Comisión de Derechos Humanos pudo constatar que en cinco de los casos que se afectó el derecho a fundar y consolidar una familia, ya que para las mujeres víctimas de violencia obstétrica y sus parejas, el fallecimiento de sus hijos e hijas trajo aparejada una modificación en su proyecto de vida, así como una afectación a diversas esferas, principalmente en la familiar y de pareja tal como se desarrolla a continuación:

Caso 1.

**Víctimas Directas: Cristal Labastida, (Mujer Víctima Directa 1)
[Recién Nacida Víctima Directa 2]**

Víctimas indirectas Gustavo Lobato Padilla (Víctima Indirecta 1)

Niño Víctima Indirecta 2

761. Esta CDHCM documentó que **Cristal** y **Gustavo** tenían un proyecto de vida enfocado en el nacimiento de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, la esperaban con gran amor. Su fallecimiento ha generado modificaciones en su dinámica familiar, así como en su proyecto como pareja y como familia, en relación al ejercicio de su paternidad y maternidad, ya que se rompió la expectativa que forjaron de la vida con su hija y **[Niño Víctima Indirecta 2]**.⁶⁰⁶

762. El fallecimiento de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó una afectación a su derecho al proyecto de vida, en relación con la fundación de su familia, así como a las vivencias que esperaban tener como núcleo familiar.

763. Este Organismo acreditó además que, durante la estancia de **Cristal** en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, de manera indirecta **Gustavo** fue expuesto a diversas situaciones que causaron agravio en su integridad psíquica; primero, ya que **Cristal** desde su ingreso al nosocomio a las 7:48 horas del 18 de febrero de 2019, él no tuvo noticias de la condición de salud de ella y de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**, hasta cerca de las 10:00 horas⁶⁰⁷.

764. Además, posterior a que se le notificó que la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]** había fallecido, **Gustavo** fue responsabilizado de tal hecho, diciéndole que ellos no habían acudido entre las 4 y las 6 horas que se le indicó, minimizando la tristeza que en ese momento sentía.⁶⁰⁸

⁶⁰⁵ Las motivaciones de este aparato están basadas en las valoraciones de impactos psicosociales y notas psicosociales emitidas por personal de la Dirección de Atención Psicosocial de la CDHCM.

⁶⁰⁶ Anexo 1, Caso 1, evidencia 49.

⁶⁰⁷ Anexo 1, Caso 1, evidencia 22, 35, 49.

⁶⁰⁸ Anexo 1, Caso 1, evidencia 35, 43, 49.

765. Posteriormente, se le permitió visitar a **Cristal**, a quien la observó mal, que se queda dormida y no hablaba con claridad, además de que le comentó que sentía mucho miedo y veía luces, por lo que, en diversas ocasiones, insistió al personal médico que se valorara la posibilidad de practicarle una cesárea, hecho que les fue negado e incluso con molestia, el personal le contestó, “¿qué no entendiste lo que te dijo el doctor?”, generándole preocupación y frustración.⁶⁰⁹ Aunado a lo anterior, se enfrentó a la falta de información certera respecto del fallecimiento de su hija, ya que personal médico siempre sostuvo que ellos no eran adivinos y que se esperarían a que **Cristal** expulsara el producto.⁶¹⁰

766. Estos hechos permiten a esta CDHCM concluir que personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac, durante la estancia de **Cristal** en el nosocomio, de manera indirecta sometió a **Gustavo** a constante revictimización, preocupación y frustración, generando impacto en su integridad psíquica.

Caso 2.

Víctima Directas: Stephanie Santos Sánchez (Mujer Víctima Directa 3)

[Recién Nacido Víctima Directa 4]

Víctimas Indirectas: Yair Armando Frías Rivera (Víctima Indirecta 3)

Niño Víctima Indirecta 4

Niña Víctima Indirecta 5

767. Este Organismo constató que el nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** implicaba la consolidación del proyecto de familia de **Stephanie** y **Yair**, por lo que representaba una ilusión bonita. **Stephanie** deseaba enfocarse en su maternidad y en la crianza de sus hijos e hija (incluido el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** al lado de **Yair**. La muerte del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** representó una situación dolorosa que modificó radicalmente su esfera familiar, ya que, a raíz de los hechos, la misma Víctima Directa 3, señaló que ha habido mayores conflictos en su relación de pareja y se han cambiado sus planes en relación al ejercicio de su maternidad y paternidad.⁶¹¹

768. El fallecimiento de su hijo, el **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** en el Hospital General de Tláhuac, así como los hechos tal como ya fueron acreditados en apartados anteriores, generaron una afectación al derecho al proyecto de vida de **Stephanie** y **Yair**, con relación a la consolidación de su proyecto de familia, así como a las vivencias que esperaban tener con sus hijos **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, **[Niño Víctima Indirecta 4]** y **[Niña Víctima Indirecta 5]**.

⁶⁰⁹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 22, 35, 39, 49.

⁶¹⁰ Anexo 1, Caso 1, evidencia 22, 35, 39, 49.

⁶¹¹ Anexo 2, Caso 2, evidencia 29.

769. Adicionalmente se pudo acreditar que, el 28 de marzo de 2019, cuando **Stephanie** iba pasar a cesárea, el médico ginecobstetra les indicó que él no atendería la intervención quirúrgica, ya que le solicitaron apoyo para una persona que iba recomendada. **Yair** consultó al personal médico los motivos por los cuáles se había tomado esa decisión, diciéndole que era por parte de una persona que trabaja en la Secretaría de Salud, el jefe de todos, lo anterior, le generó una situación de evidente molestia ante la diferencia que hicieron entre la atención a su esposa y la de la persona “recomendada”, ya que incluso, a él no lo dejaron ingresar para darle acompañamiento constante a **Stephanie**.⁶¹²
770. Por otro lado, cuando le fue notificado el nacimiento de **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** y su estado de gravedad, el médico pediatra se negó a explicarle los términos médicos que le refería, con lo que permaneció en incertidumbre respecto de la condición de salud de su hijo al nacimiento. Asimismo, cuestionó respecto de los motivos por los cuáles pese a la gravedad, lo recibirían en el área de pediatría y no en la Unidad de Cuidados Intensivos, recibiendo como respuesta “el médico soy yo”.⁶¹³
771. El día de nacimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 4]**, **Yair** se mantuvo buscando que se le brindara atención médica, insistiendo en las oficinas de la Dirección que lo valoraran sin embargo, se enfrentó a respuestas como “no está el médico en turno, como es poco lo que les pagan, prefieren no venir”, “tú no me vas a venir a decir cómo hacer mi trabajo”, “no vas a encontrar un médico de 24 horas, como en el ámbito privado”, situaciones que le generaron enojo y frustración.⁶¹⁴
772. Cabe señalar que **Yair** videograbó las condiciones en las que encontraba al **[Recién Nacido Víctima Directa 4]** al momento de la visita, situación que genera una gran preocupación a esta CDHCM, ya que puede concluirse en la falta de vigilancia de los pacientes por personal médico y de enfermería en el Hospital General Tláhuac.⁶¹⁵
773. Lo previamente señalado permite a esta CDHCM concluir que personal del Hospital General Tláhuac, puso a **Yair** en una serie de eventos que le generaron enojo y frustración, generando impacto en su integridad psíquica.

⁶¹² Anexo 2, Caso 2, evidencia 15, 24, 26, 27, 29.

⁶¹³ Anexo 2, Caso 2, evidencia 26, 27, 29.

⁶¹⁴ Anexo 2, Caso 2, evidencia 26, 27, 29.

⁶¹⁵ Anexo 2, Caso 2, evidencia 27.

Caso 4.

**Víctimas Directas: Jimena Marisol Avellán Sánchez (Mujer Víctima Directa 6)
[Recién Nacido Víctima Directa 7]**

Víctima Indirecta: Alex Osvaldo Orea Ramírez (Víctima Indirecta 11)

774. De la investigación realizada, este Organismo advirtió que el proyecto de vida de **Jimena** e indirectamente el proyecto de **Alex**, previo a los hechos, se enfocaba en el cuidado y crianza de su primer hijo, el **[Recién Nacido Víctima 7]** de forma conjunta, así como en la fundación de su familia. Actualmente, se encuentran con grandes cambios en sus expectativas del ejercicio de su maternidad y paternidad, e incluso respecto de su proyecto de pareja.⁶¹⁶
775. El día 2 de abril de 2021, posterior al nacimiento de su hijo, el **[Recién Nacido Víctima 7]** en el Hospital Materno Infantil Inguarán, cuando personal médico le notificó a **Alex** la condición de salud de éste, fue culpabilizado de lo anterior diciéndole que ellos no se habían tratado y que como consecuencia, su hijo se encontraba grave, situación que le generó un sentimiento de enojo, que lo llevó a confrontarse con el personal médico.⁶¹⁷
776. La narración de estos hechos genera convicción a este Organismo, respecto de que personal del Hospital Materno Infantil Inguarán realizó comentarios para culpabilizar a **Alex** respecto del estado de salud de su hijo, generándole afectaciones en su integridad psíquica.
777. El fallecimiento de su hijo, el **[Recién Nacido Víctima 7]**, en el Hospital Materno Infantil Inguarán, así como los hechos tal como ya fueron acreditados en apartados anteriores, generaron una afectación al derecho al proyecto de vida de **Jimena** y **Alex**, con relación a la fundación de su proyecto de familia, así como a las vivencias que esperaban tener en conjunto.

Caso 5.

**Víctimas Directas: Alizon Margarita Cruz Bravo (Mujer Víctima Directa 8)
[Recién Nacida Víctima Directa 9]**

Víctima Indirecta: Lenin Eduardo Tuñon (Víctima Indirecta 12)

778. Con los elementos de la investigación realizada, este Organismo constata que el nacimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, primera hija de **Alizon** y **Lenin**, significaba para ellos la fundación de su proyecto de familia, por lo cual se encontraban emocionados y con expectativas amplias respecto al cuidado y crianza de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**. Con su fallecimiento, **Alizon** y **Lenin** el proyecto en conjunto que tenían ha sido

⁶¹⁶ Anexo 4, Caso 4, evidencia 51.

⁶¹⁷ Anexo 4, Caso 4, evidencia 51.

modificado en tanto la muerte de **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** impacto en algunos aspectos de su relación.⁶¹⁸

- 779.** El fallecimiento de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]** en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó una afectación a su derecho al proyecto de vida, en relación con la fundación de su proyecto de familia, así como las vivencias que esperaban tener en conjunto.
- 780.** Adicionalmente, este Organismo documentó que **Alizon** ingresó al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco el día 16 de mayo de 2017, cerca de las 15:30 horas, sin embargo, Lenin recibió noticias de su estado de salud y el de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, hasta las 23:30 horas, cuando le indicaron que ésta última había fallecido.⁶¹⁹
- 781.** Durante toda esa noche, **Lenin** no durmió en espera de que le entregaran la documentación para la velación de su hija, sin embargo, personal médico solo le indicaba que faltan firmas o datos, entregándose hasta la mañana del 17 de mayo, no sin antes decirle que la culpa había sido de **Alizon** ya que le había costado pujar.⁶²⁰
- 782.** Esos hechos generan convicción en esta CDHCM, con relación a que personal médico del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco causó en **Lenin** afectaciones a su integridad psíquica, al mantenerlo en incertidumbre respecto del estado de salud de sus familiares, así como al culpabilizarlo del fallecimiento de su hija.

Caso 8.

Víctimas Directas: Teresa Gutiérrez Lezama (Mujer Víctima Directa 12) **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**

- 783.** A partir de la investigación realizada, este Organismo encontró que la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** iba ser la primera hija de **Teresa**, quien tenía amplias expectativas de la vida con ella y se había planteado echarle ganas para sacarla adelante. Significaba el ejercicio de su maternidad. Actualmente, **Teresa** no se plantea la posibilidad de ser madre, ante el temor de que le sucedan situaciones similares a las vividas con la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]** en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”.⁶²¹
- 784.** El fallecimiento de su hija, la **Recién Nacida Víctima Directa 13**, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, bajo la narración de hechos y la

⁶¹⁸ Anexo 5, Caso 5, evidencia 49.

⁶¹⁹ Anexo 5, Caso 5, evidencia 23, 49.

⁶²⁰ Anexo 5, Caso 5, evidencia 23, 49.

⁶²¹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 64.

acreditación de derechos previamente establecidos, generó una afectación a **Teresa** a su derecho al proyecto de vida, en relación con la fundación de su proyecto de familia, así como las vivencias que esperaba tener con su hija la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**

785. Adicionalmente, respecto de la documentación de cuatro casos donde las mujeres víctimas de violencia obstétrica perdieron la vida, se encontró que su fallecimiento constituyó una afectación al proyecto de vida de sus parejas, hijos e hijas, padres, madres y abuelas (víctimas indirectas reconocidas), en razón de que para todos ellos se modificaron radicalmente sus dinámicas familiares. En el caso específico de niñas y niños Víctimas Indirectas, se acreditó la violación a su derecho a convivir con su madre, lo que produce consecuencias permanentes en las diversas esferas de su vida.

Caso 3.

Víctima Directa: Fabiola Morales Moreno (Mujer Víctima Directa 5)

Víctimas Indirectas: Raymundo Méndez Rosas (Víctima Indirecta 6)

[Niña Víctima Indirecta 7]

[Adolescente Víctima Indirecta 8]

[Mujer Víctima Indirecta 9]

Raymundo Méndez Morales (Víctima Indirecta 10).

786. El embarazo de **Fabiola** fue ampliamente deseado. **Raymundo** y **Fabiola**, como pareja, habían generado un proyecto de vida alrededor de quien significaba, la consolidación de su proyecto de familia. Con la muerte de **Fabiola**, la familia en su integralidad ha sufrido grandes afectaciones en su núcleo familiar y modificaciones en los roles en el hogar, así como en su comunicación.⁶²²

787. Para los hijos grandes de **Fabiola**, **[Mujer Víctima Indirecta 9]** y **Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)**, la pérdida de su madre implicó también el cambio de sus roles de únicamente estudiantes a también proveedores y cuidadores; mientras que para los más pequeños, el impacto mayor radica en la imposibilidad de crecer con su madre, observándose con mayor situación énfasis en el **[Adolescente Víctima Indirecta 8]**, quien por su edad al momento de los hechos, tenía un lazo más estrecho con su madre.⁶²³

788. El fallecimiento de **Fabiola** en el Hospital General Balbuena, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó en **[Mujer Víctima Indirecta 9]** y **Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)**, una afectación a su derecho al proyecto de vida en familia, así como, en particular, para el caso de la **[Niña Víctima Indirecta 7]** y el

⁶²² Anexo 3, Caso 3, evidencia 87.

⁶²³ Anexo 3, Caso 3, evidencia 87.

[Adolescente Víctima Indirecta 8], se afectó también su derecho a vivir en familia, a vivir con su madre.

Caso 6.

Víctima Directa: Laura Reyes Reyes (Mujer Víctima Directa 10)

Víctimas Indirectas: [Niña Víctima Indirecta 13]

[Persona joven con discapacidad Víctima Indirecta 14]

[Hombre joven Víctima Indirecta 15]

Modesta Reyes Nava (Víctima Indirecta 16)

789. Esta CDHCM documentó que, tras su fallecimiento, **Laura Reyes Reyes** dejó a tres hijos, quienes al momento de los hechos, dos se encontraban en la etapa de la adolescencia y una recién nacida. Con el fallecimiento de su madre, el **[Hombre joven Víctima Indirecta 15]** presentó rebeldía, desapego y su estado emocional lo situó en situaciones de riesgo; por su parte, la **[Persona joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14]**, presentó tristeza profunda, que se agrava ante su condición de autismo. Para **Modesta**, quien, pese al dolor y la tristeza por el fallecimiento de su hija, se hace cargo de ellos, ha significado un cambio de vida importante, en diversas esferas, pero sobre todo, en la familiar, ya que actualmente se enfoca en el cuidado y crianza de sus nietos.⁶²⁴

790. El fallecimiento de **Laura** en el Hospital General de Iztapalapa, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó en las víctimas indirectas mencionadas, una afectación a su derecho al proyecto de vida en familia, así como, en particular, para el caso de la **[Niña Víctima Indirecta 13]**, la **[Persona joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14]** y **[Hombre joven Víctima Indirecta 15]**, se afectó también su derecho a vivir en familia, a vivir con su madre.

Caso 7.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 11]

Víctimas Indirectas: [Niño Víctima Indirecta 17]

[Mujer Víctima Indirecta 18]

791. De la investigación realizada, este Organismo documento que la muerte de la **[Mujer Víctima Directa 11]** generó un cambio sustancial en el proyecto de vida de la **[Mujer Víctima Indirecta 18]**, quien actualmente, pese al dolor por la pérdida por el fallecimiento de su nieta, se hace cargo del cuidado y la crianza de su bisnieto el **[Niño Víctima Indirecta 17]**, a quien la ausencia de su madre le generará complicaciones en su historia de vida y personalidad, ya que no podrá conocerla, ni crecer a su lado.⁶²⁵

⁶²⁴ Anexo 6, Caso 6, evidencia 56.

⁶²⁵ Anexo 7, Caso 7, evidencia 61.

792. El fallecimiento de la **[Mujer Víctima Directa 11]** en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó en las víctimas indirectas mencionadas, una afectación a su derecho al proyecto de vida en familia, así como, en particular, para el caso del **[Niño Víctima Indirecta 17]**, se afectó también su derecho a vivir en familia, a vivir con su madre.

Caso 9.

Víctima Directa: [Mujer Víctima Directa 14]

Víctimas Indirectas: [Niño Víctima Indirecta 19]

[Niña Víctima Indirecta 20],

[Mujer Víctima Directa 21]

[Víctima Indirecta 22]

793. Para la **[Mujer Víctima Indirecta 21]** y la **[Víctima Indirecta 22]**, la muerte de su hija, la **[Mujer Víctima Directa 14]** ha resignificado su proyecto de vida, ya que actualmente, pese a la tristeza y el dolor por la pérdida, se enfocan en cumplir el papel de madre y padre del **[Niño Víctima Indirecta 19]** y la **[Niña Víctima Indirecta 20]**, vertiendo sus preocupaciones principales en la crianza y cuidado de ellos. Una preocupación que tienen es la manera en la que, cuando crezcan, les puedan compartir lo sucedido con su madre.⁶²⁶

794. El fallecimiento de la **[Mujer Víctima Directa 14]** en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, bajo la narración de hechos y la acreditación de derechos previamente establecidos, generó en las víctimas indirectas mencionadas, una afectación a su derecho al proyecto de vida en familia, así como, en particular, para el caso del **[Niño Víctima Indirecta 19]** y la **[Niña Víctima Indirecta 20]**, se afectó también su derecho a vivir en familia, a vivir con su madre.

VI.. El derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad

795. El artículo 6.H de la CPCM establece que “[t]oda persona tiene derecho a acceder a la justicia, a la tutela judicial efectiva y al debido proceso, así como a la defensa y asistencia jurídica gratuitas y de calidad en todo proceso jurisdiccional, en los términos que establezca la ley”.⁶²⁷

796. La SCJN ha establecido que el derecho al acceso a la justicia comprende tres etapas⁶²⁸: una previa al juicio; una judicial y una posterior al juicio. Siguiendo este criterio, la SCJN ha señalado que el derecho de acceso a la justicia previsto en la CPEUM, si bien está referido a la función jurisdiccional, también

⁶²⁶ Anexo 9, Caso 9, evidencia 61.

⁶²⁷ Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 6.H.

⁶²⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, tesis de aislada 1a. LXXIV/2013 en materia constitucional, “Derecho de acceso a la Justicia. Sus etapas”, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época (marzo 2013).

debe entenderse como un derecho especialmente vinculado a la justicia penal, por lo que el Estado debe asumir una conducta activa y decidida para prevenir su vulneración y para el caso de que ésta ocurra, las conductas sean sancionadas⁶²⁹.

797. Por su parte, la Ley General de Víctimas⁶³⁰, reconoce el acceso a la justicia y le da contenido al señalar que las víctimas tienen derecho, entre otros, a:

- Que se realice, de forma inmediata y exhaustiva, la investigación del delito o de las violaciones de derechos humanos sufridas por ellas;
- Que los autores de los delitos y de las violaciones de derechos sean enjuiciados y sancionados;
- Que se garantice el ejercicio de su derecho a conocer la verdad; y
- Obtener una reparación integral por los daños sufridos.

798. Así, de la interpretación armónica de la CPCM, la CPEUM, la Ley General de Víctimas, los criterios de la SCJN y la jurisprudencia de la Corte IDH⁶³¹, se puede señalar que, existe un mandato constitucional y convencional de actuar con la debida diligencia en las investigaciones de los delitos y/o de las violaciones a derechos humanos, siendo que dicha debida diligencia implica que las investigaciones cumplan de manera acumulativa con los requisitos de ser:

a) Serias⁶³².- Es decir, las autoridades deberán realizar la investigación tomando en cuenta todos los medios con los que cuentan o allegarse de ellos, utilizando el máximo de recursos disponibles.

b) Imparciales⁶³³.- Que una investigación sea imparcial implica que la misma se realice libre de cualquier forma de discriminación, en

⁶²⁹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Pleno, tesis LXIII/2010 en materia constitucional, "Derecho de acceso a la justicia. la investigación y persecución de los delitos constituyen una obligación propia del estado que debe realizarse de forma seria, eficaz y efectiva, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época (enero 2011).

⁶³⁰ Ley General de Víctimas del 9 de enero de 2013, (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 28 de abril de 2022) Capítulo III, DEL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA, Artículo 10, primer párrafo.

⁶³¹ Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras (Fondo). Sentencia de 29 de julio de 1988, serie C, núm. 04, entre otras.

⁶³² Ver CEJIL, *Debida diligencia en violaciones graves a derechos humanos* (Argentina, CEJIL, 2010). Aunado a lo anterior, en los casos como los que se narran en la presente recomendación, la investigación debe realizarse con perspectiva de género que brinde a las víctimas la confianza en las instituciones estatales para su protección. La falta de investigación por parte de las autoridades de los posibles móviles discriminatorios que tuvo un acto de violencia contra la mujer, puede constituir en sí misma una forma de discriminación basada en el género (Ver, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 4. Derechos Humanos y Mujeres.).

⁶³³ Al respecto ver, Comité CEDAW, CEDAW/C/GC/35, Recomendación General núm. 35. Violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la Recomendación General número 19, 26 de julio de 2017.

especial, que se encuentre libre de la normalización de los factores género a través de los cuales se perpetúa la posición subordinada de la mujer con respecto al hombre y sus papeles estereotipados; lo anterior implica que la imparcialidad tiene una dimensión negativa (abstenerse de romper la igualdad entre las partes, cuando éstas sean o se presuman iguales) y una dimensión positiva (adoptar medidas positivas ante escenarios o situaciones de discriminación estructural o histórica) y,

c) **Efectivas**⁶³⁴.- Para que una investigación se considere efectiva, necesariamente implica que se resuelva el fondo de las circunstancias planteadas en un plazo razonable y de ser el caso, permita que se identifique a los responsables, se les sancione y se otorgue una reparación integral a la o las víctimas.

799. En ese sentido, la investigación debe ser efectuada sin demora y empleando todos los medios jurídicos disponibles, con el propósito de esclarecer lo sucedido y asegurar la identificación, el juzgamiento y castigo de los agresores. Durante el procedimiento de investigación y el proceso judicial, las víctimas de violaciones de derechos humanos o sus familiares deben contar con amplia posibilidad de participar y ser escuchadas, tanto a efectos del esclarecimiento de los hechos y el castigo de los responsables, como en cuanto se refiere a la reparación adecuada de los daños y perjuicios sufridos. No obstante, la investigación debería ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una mera gestión de intereses particulares.⁶³⁵

800. La importancia del derecho a la verdad se vincula al reconocimiento de la fortaleza de las personas afectadas en haber defendido su derecho durante tanto tiempo y en medio de tantas dificultades, por lo que se instaura como una forma de satisfacción ante la desidia institucional o el ostracismo social, al referirse a la verificación de los hechos, conocimiento público de la verdad y actos de desagravio, así como las sanciones contra perpetradores.⁶³⁶ Por otra parte, el cumplimiento de la justicia cumple varias funciones algunas para la sociedad, otras para las personas afectadas en el caso: 1) supone una satisfacción moral para las víctimas, que ven así reconocido el valor de sus familiares como personas cuyos derechos fueron vulnerados; 2) restablece las relaciones sociales basadas en el respeto a los derechos humanos; 3)

⁶³⁴ Para que una investigación se considere efectiva, necesariamente implica que se resuelva el fondo de las circunstancias planteadas en un plazo razonable (ver Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso García Prieto y otros Vs. El Salvador (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)". Sentencia de 20 de noviembre de 2007, serie c, núm. 168) y de ser el caso, se identifique a los responsables, se sancionen y se otorgue una reparación integral a la o las víctimas (ver CEJIL, *Debida diligencia en violaciones graves a derechos humanos*).

⁶³⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso de la Masacre de Mapiripán Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones y Costas)". Sentencia de 15 de septiembre de 2005, serie C, núm. 134, entre otras.

⁶³⁶ Cfr. Carlos Martín Beristain, *Diálogos sobre la reparación. Qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos*, (San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2010).

contribuye a evitar la repetición de los hechos en la medida en que significa una sanción práctica y moral a los autores; 4) ayuda a eliminar el poder de los perpetradores, cuando mantienen su capacidad de coacción sobre las víctimas o la sociedad.⁶³⁷ Así, la dilación, falta de diligencia y obstaculización en las investigaciones para el esclarecimiento de los hechos, por parte de las autoridades encargadas de las investigaciones, son muestra de la violencia institucional presente en las dependencias gubernamentales, lo cual “agrava los sentimientos de frustración, impotencia y angustia”⁶³⁸ de los familiares de víctimas del delito, en menoscabo de su integridad psicológica.

- 801.** De esta forma, entre las obligaciones del estado se encuentra que toda persona que haya sido víctima de un acto ilícito tiene el derecho humano inalienable a que se le reparen los daños que tal conducta le cause. Las *violaciones a los derechos humanos*⁶³⁹ han sido reconocidas como actos ilícitos tanto en el ámbito internacional como en el derecho interno mexicano. Si bien el desarrollo de esta temática no ha sido uniforme y se encuentra aún en desarrollo, lo cierto es que en torno al concepto de víctima de violaciones a los derechos humanos se han venido dando diversos esquemas de protección y garantía de los derechos humanos, lo que incluye, por definición, la obligación del Estado de asegurar la reparación del daño.
- 802.** Como la Asamblea General de Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha señalado, tanto por la vía penal como por la civil, administrativa o disciplinaria, toda víctima debe tener la posibilidad de ejercer un recurso accesible, rápido y eficaz, que puede proporcionarse reparación mediante programas de reparación nacionales, y que esos programas pueden ser financiados por fuentes nacionales o internacionales.⁶⁴⁰
- 803.** Como ya se refirió, las garantías del derecho al acceso a la justicia, implican que los procedimientos ante las instancias jurisdiccionales y no jurisdiccionales, sean realizados atendiendo al debido proceso y el principio de debida diligencia. El marco constitucional local señala que las garantías y principios del debido proceso penal en la Ciudad de México, seguirán el estándar establecido en la CPEUM, los instrumentos internacionales en la

⁶³⁷ *Ibid.* p. 349.

⁶³⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Familia Barrios vs. Venezuela (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 24 de noviembre de 2011. serie C, núm. 237.

⁶³⁹ El concepto de **violaciones a derechos humanos** en la actualidad permea las diversas materias del ordenamiento jurídico mexicano. Como se señaló antes, los derechos humanos son parámetro de regularidad de todo el sistema jurídico en nuestro país y por ende han de comportarse como auténticos límites a las actuaciones y omisiones de las autoridades. Así, por ejemplo, en la actualidad el juicio de amparo tiene por objeto la protección de las personas frente a “*normas generales, actos u omisiones de autoridad que violen los derechos humanos*” (ver artículo 103 de la CPEUM y artículo 1o. de la Ley de Amparo).

⁶⁴⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, A/HRC/42/45, Promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición. Informe del Relator Especial sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, 11 de julio 2019, <https://undocs.org/es/A/HRC/42/45>

materia, la CPCM, las leyes generales y locales⁶⁴¹ aplicables. Por su parte, la CPEUM señala que el objeto del proceso penal es lograr “el esclarecimiento de los hechos, proteger al inocente, procurar que el culpable no quede impune y que los daños causados por el delito se reparen”⁶⁴². Al respecto, interpretando el contenido y alcance de esta norma constitucional, la SCJN ha señalado que el proceso penal, debe estar orientado a materializar bienes constitucionales esenciales como son⁶⁴³:

- a) **El derecho a la verdad** [esclarecimiento de los hechos],
 - b) La presunción de inocencia *lato sensu* [proteger al inocente],
 - c) **El combate a la impunidad** [que el culpable no quede impune]
- y,
- d) **La reparación del daño ocasionado por la comisión del delito.**

804. El Código Nacional de Procedimientos Penales (en adelante CNPP), al ser el código procesal aplicable para la Ciudad de México⁶⁴⁴, además de establecer las generalidades de la investigación penal con el fin de proteger bienes jurídicos

-muchos de esos bienes jurídicos son, además, derechos humanos- es la norma procesal que habilita al Ministerio Público como la autoridad encargada de procurar justicia⁶⁴⁵.

805. Hasta este punto ha sido asentado que el estándar de debida diligencia en materia de derechos humanos impone que las conductas que pueden constituir delitos y/o violaciones a derechos humanos deben ser investigadas de manera seria, imparcial y efectiva; de esta manera deben tomarse en cuenta estos principios para que la interpretación del CNPP se realice de conformidad a los estándares constitucionales e internacionales en materia de derechos humanos.

⁶⁴¹ Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 45. A.1.

⁶⁴² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 20, Apartado A, fracción I.

⁶⁴³ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo Directo en Revisión 3619/2015, 7 de diciembre de 2016.

⁶⁴⁴ Ver Decreto por el que se declara la incorporación del Sistema Procesal Penal Acusatorio y del Código Nacional de Procedimientos Penales al Orden Jurídico del Distrito Federal de 20 de agosto de 2014, (*Gaceta Oficial del Distrito Federal*), en https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/95cf681b990417008a477515145c01bc.pdf y el Decreto por el que se reforma y adiciona la Declaratoria Segunda del Decreto por el que se declara la Incorporación del Sistema Procesal Penal Acusatorio y del Código Nacional de Procedimientos Penales al Orden Jurídico del Distrito Federal de 20 de agosto de 2014, (*Gaceta Oficial del Distrito Federal*), <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo106740.pdf>

⁶⁴⁵ Código Nacional de Procedimientos Penales de 5 de marzo de 2014 (*Diario Oficial de la Federación*, última reforma del 19 febrero de 2021), artículo 109, fracciones IX y XVII. Una interpretación conforme del referido artículo 109, a partir del tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM nos lleva a considerar que las y los agentes del Ministerio Público además de investigar los delitos, en el ámbito de sus competencias también están obligados a prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a derechos humanos que adviertan en los asuntos bajo su conocimiento.

Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México

- 806.** De acuerdo con la Constitución Federal y su homóloga en local, la investigación y persecución de los delitos incumbe al Ministerio Público, el cual se auxiliará con una policía que estará bajo su autoridad y mando inmediato. La propia Constitución dispone que el Ministerio Público de la Ciudad de México sea presidido por una o un Fiscal General de Justicia.
- 807.** La Fiscalía General de Justicia tiene, entre otras, las siguientes atribuciones: dirigir la investigación de los hechos constitutivos de delito, crear mecanismos institucionales de coordinación para ordenar las diligencias pertinentes y útiles para esclarecer los hechos que pudieran ser constitutivos de un delito; establecer registros, protocolos y controles para proteger y asegurar la detención y cadena de custodia; establecer lineamientos y protocolos para la utilización de medidas cautelares; y, diseñar los protocolos para la observación estricta de los derechos humanos de todos los sujetos intervinientes en el proceso penal.
- 808.** Las funciones encargadas a la Fiscalía General de Justicia, están relacionadas directamente con el derecho de acceso a la justicia. En este sentido, el Código Nacional de Procedimientos Penales (artículo 109) determina como parte de los derechos de las víctimas: que el Ministerio Público y sus auxiliares así como el Órgano jurisdiccional les faciliten el acceso a la justicia y les presten los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia y eficacia y con la debida diligencia; así como que a acceder a la justicia de manera pronta, gratuita e imparcial respecto de sus denuncias o querellas.

Motivación

VI.5.1. Acceso a la justicia, en relación con el derecho a la verdad y la obligación de las y los agentes del Ministerio Público de realizar una investigación seria, imparcial y efectiva.

- **Investigación seria**

- 809.** Para cumplir con el principio de seriedad de las investigaciones, los y las agentes del Ministerio Público deberán como mínimo: **a)** realizar una investigación objetiva⁶⁴⁶, **b)** profesional⁶⁴⁷, **c)** conducirse con honradez⁶⁴⁸, **d)** proporcionar a la víctima información veraz sobre los hechos y hallazgos en la investigación⁶⁴⁹, **e)** resolver de manera fundada respecto de la pertinencia e

⁶⁴⁶ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 129.

⁶⁴⁷ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. XXIII.

⁶⁴⁸ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. XXIII.

⁶⁴⁹ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 128.

idoneidad de los actos de investigación que propongan las partes del proceso⁶⁵⁰, f) abstenerse que incurrir en un abuso en el ejercicio de las facultades⁶⁵¹, g) conducir la investigación con la debida diligencia⁶⁵², h) evitar planteamientos dilatorios⁶⁵³, i) solicitar la práctica de peritajes y diligencias para la obtención de otros datos y/o medios de prueba⁶⁵⁴, j) ⁶⁵⁵y k) explorar todas las líneas de investigación posibles que permitan allegarse de datos para el esclarecimiento del hecho que la ley señala como delito y/o violación a derechos humanos.⁶⁵⁶

810. El Ministerio Público es la autoridad encargada de procurar justicia, de manera pronta, gratuita e imparcial,⁶⁵⁷; así como practicar todas las diligencias necesarias para poder determinar la carpeta de investigación⁶⁵⁸, y en caso de que exista una negativa por su parte, éste deberá fundar y motivar la misma.⁶⁵⁹ Aunado a lo anterior, debe conducir la investigación, “coordinar a las Policías y a los servicios periciales durante la -misma-, resolver sobre el ejercicio de la acción penal en la forma establecida por la ley y, en su caso, ordenar las diligencias pertinentes y útiles para demostrar, o no, la existencia del delito y la responsabilidad de quien lo cometió o participó en su comisión”⁶⁶⁰.

811. Por lo anterior, el deber de investigar tiene que cumplirse “con seriedad y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa; la cual debe ser asumida por los Estados como un deber jurídico propio y no como una simple gestión de intereses particulares, que dependa de los esfuerzos propios de la víctima o de sus familiares⁶⁶¹ o de la aportación privada de elementos probatorios”⁶⁶², sin que la autoridad pública busque efectivamente la verdad.

812. Ahondando en el deber de debida diligencia, la debida recolección, registro y preservación de indicios garantizan que los mismo sean debidamente

⁶⁵⁰ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 129, párrafo tercero.

⁶⁵¹ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 107.

⁶⁵² Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 16 y 129.

⁶⁵³ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 107.

⁶⁵⁴ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. IX.

⁶⁵⁵ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículos 109, fraccs. VII y XV, 110 y Acuerdo número A/002/2008 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal (ahora Ciudad de México), con la finalidad de brindarle el servicio de representación legal correspondiente.

⁶⁵⁶ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 212, párrafo segundo.

⁶⁵⁷ Congreso de la Unión, Decreto por el que se expide el Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP), México, 5 de marzo de 2014.

⁶⁵⁸ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 109, fracc. II; Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, art. 6 fracc. I.

⁶⁵⁹ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 109, fracc. XVII.

⁶⁶⁰ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 127.

⁶⁶¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II. Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, 20 de enero de 2007.

⁶⁶² Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”. Sentencia del 27 de agosto de 2014, serie c, núm. 281, entre otros.

utilizados en la teoría probatoria que se realice. De acuerdo con el artículo 131 del Código Nacional de Procedimientos Penales, dicha recolección estará a cargo del Ministerio Público, quién deberá trasladarse al lugar de los hechos, acompañado de los peritos⁶⁶³, quienes deberán fijar, recolectar y embalar los indicios adecuadamente.

813. Bajo este entendido, el control y registro que se aplica a un indicio del hecho delictivo, y que comprende su localización en el lugar del hecho hasta que la autoridad ordene la conclusión del asunto.⁶⁶⁴ Específicamente, La Corte IDH “ha señalado de forma constante que la obligación de investigar una muerte debe mostrarse desde las primeras diligencias con toda acuciosidad”, por lo que la investigación debe desarrollarse con la debida diligencia; esto implica “recuperar y preservar el material probatorio relacionado con la muerte, con el fin de ayudar en cualquier potencial investigación de los responsables; [...] [lo cual] debe realizarse en forma rigurosa, por profesionales competentes y empleando los procedimientos más apropiados”⁶⁶⁵.

- **Investigación imparcial**

814. La Corte Interamericana en el caso *Manuela y otros vs El Salvador* declaró que los prejuicios personales y los estereotipos de género pueden afectar la objetividad de los funcionarios estatales encargados de investigar las denuncias que se les presentan, influyendo en su percepción para determinar si ocurrió o no un hecho de violencia.⁶⁶⁶ Aunado a lo anterior, en la opinión consultiva 29/2022, subrayó la necesidad de que se garantice el acceso a la justicia para las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica, específicamente a través de la tipificación de esa violencia y del acceso a recursos administrativos y judiciales, así como a reparaciones efectivas y transparentes por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva.

815. La perspectiva de género es una categoría de análisis que permite visibilizar la asignación social diferenciada de roles y tareas en virtud del género y evidencia las relaciones de poder originadas en estas diferencias, como pueden ser las relaciones entre personal médico y las mujeres embarazadas, por lo que, con esta perspectiva, la autoridad debe determinar en qué casos es necesario un trato diferenciado para nivelar estos desequilibrios de poder y reducir las brechas de desigualdad. Así, se explicó que durante la investigación penal, la autoridad debió, primeramente, identificar si en el caso

⁶⁶³ Acuerdo A/002/2006 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se establecen instrucciones respecto a la preservación del lugar donde presumiblemente se cometió un hecho delictivo.

⁶⁶⁴ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 227.

⁶⁶⁵ Corte IDH. Caso *Villamizar Durán y otros Vs. Colombia*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2018. Serie C No. 364, párr. 175.

⁶⁶⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso *Manuela y otros Vs. El Salvador* (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)

que se sometió a su investigación existen situaciones de poder que por cuestiones de género den cuenta de un desequilibrio entre las partes y por ello ordenar las pruebas necesarias para visibilizar situaciones de violencia, vulnerabilidad o discriminación por razones de género.⁶⁶⁷

816. A criterio de esta Comisión, en los casos del presente instrumento es evidente que durante el embarazo, parto y puerperio las mujeres se ven sometidas al poder médico⁶⁶⁸ y esta forma de poder disciplinario⁶⁶⁹ se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. Esto implica que los y las agentes del Ministerio Público, deben - al menos- investigar libre de cualquier tipo de estereotipos⁶⁷⁰ y toda forma de discriminación⁶⁷¹ motivada en el género o cualquier otra forma de discriminación⁶⁷², para garantizar la igualdad de las partes sobre la base de la equidad en el ejercicio de sus derechos, realizando los ajustes razonables al procedimiento cuando así se requiera⁶⁷³.

817. En la recomendación 5/2019, esta CDHCM documentó que para cumplir con el criterio de realizar una investigación imparcial, se deben generar y agotar líneas de investigación relacionadas con la violencia obstétrica, para confirmar o descartar motivos de género en la comisión de los delitos investigados, así como la relación de esa violencia por razones de género con la muerte. Así como que el hecho de que no se cuente con un peritaje médico, evidencia que ha omitido recabar pruebas tendentes a visibilizar las situaciones de violencia, vulnerabilidad y discriminación por razones de género en el caso, que además de enmarca en el contexto médico, donde hay un desequilibrio de poder entre la paciente-víctima y la autoridad.

- **Investigación efectiva**

818. Esto implica que los y las servidoras públicas que investigan delitos y violaciones a derechos humanos, mínimamente, deben: a) iniciar la

⁶⁶⁷ Universidad América Latina, "Juzgar con perspectiva de género", <https://www.ual.edu.mx/blog/juzgar-con-perspectiva-de-genero>

⁶⁶⁸ Marbella Camacara, "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujeres*, Vól. 14, Núm. 2 (Enero-Junio 2009).

⁶⁶⁹ Arguedas explica que mediante una lectura "foucaultiana" de las prácticas que entran en la categoría *violencia obstétrica* es posible identificar una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad. Ver, Gloria Arguedas, "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense", *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, Vol.11, Núm. 1 (Enero-Junio 2014).

⁶⁷⁰ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 212, párrafo segundo.

⁶⁷¹ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 212, párrafo segundo.

⁶⁷² Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 10, primer párrafo.

⁶⁷³ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 10, segundo párrafo.

investigación de manera pronta⁶⁷⁴, b) actuar con probidad⁶⁷⁵, cerciorándose de que se han seguido las reglas y protocolos para la preservación y procesamiento de los indicios, medios o datos de prueba, según corresponda⁶⁷⁶, c) realizar las diligencias necesarias para poder determinar la carpeta de investigación,⁶⁷⁷ d) encaminar todos los actos de investigación a la identificación de quien cometió o participó en la comisión del delito y/o las violaciones a derechos humanos⁶⁷⁸, e) recabar los elementos necesarios que determinen el daño causado por el delito y la cuantificación del mismo para los efectos de su reparación⁶⁷⁹. La Corte Interamericana ha señalado que la efectividad supone que, además de la existencia formal de los recursos, éstos den resultados o respuestas a las violaciones de derechos contemplados ya sea en la Convención, en la Constitución o en las leyes.⁶⁸⁰

819. En este sentido, la Corte IDH ha destacado que la falta de diligencia tiene como consecuencia que conforme el tiempo vaya transcurriendo, se afecta indebidamente la posibilidad de obtener y presentar pruebas pertinentes que permitan esclarecer los hechos y determinar las responsabilidades que correspondan, con lo cual el Estado contribuye a la impunidad⁶⁸¹. Por lo anterior, el deber de investigar tiene que cumplirse “con seriedad y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa; debe ser asumida por los Estados como un deber jurídico propio y no como una simple gestión de intereses particulares, que dependa de los esfuerzos propios de la víctima o de sus familiares⁶⁸² o de la aportación privada de elementos probatorios”⁶⁸³, sin que la autoridad pública busque efectivamente la verdad, concluyendo que la negligencia en la investigación ministerial acarrea la ineffectividad⁶⁸⁴ de la averiguación.

820. En ese mismo sentido el Tribunal Interamericano ha señalado que los procesos deben realizarse dentro de un plazo razonable⁶⁸⁵ a efecto de asegurar el derecho de las presuntas víctimas o sus familiares a que se haga

⁶⁷⁴ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. V.

⁶⁷⁵ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 107, primer párrafo.

⁶⁷⁶ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. IV

⁶⁷⁷ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 127.

⁶⁷⁸ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 127.

⁶⁷⁹ Código Nacional de Procedimientos Penales, artículo 131, fracc. V.

⁶⁸⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC-9/87. Garantías judiciales en estados de emergencia (Arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos, 6 de octubre de 1987.

⁶⁸¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Favela Nova Brasilia Vs. Brasil (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 16 febrero de 2017, serie C, núm. 333, entre otras.

⁶⁸² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II. Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, entre otras.

⁶⁸³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)”, entre otros.

⁶⁸⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 11 de mayo de 2007, serie C, núm. 163.

⁶⁸⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Genie Lacayo Vs. Nicaragua (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 29 de enero de 1997, serie C, núm. No. 30, entre otras.

todo lo necesario para conocer la verdad de lo sucedido y, en su caso, se sancione a los responsables⁶⁸⁶. Tribunales internacionales han señalado que el deber de la diligencia debida, es el estándar de conducta requerido para implementar el principio de prevención⁶⁸⁷. Así, la Corte IDH ha establecido cuatro elementos para determinar la razonabilidad del plazo, a saber⁶⁸⁸:

- i) Complejidad del asunto;
- ii) Actividad procesal del interesado;
- iii) Conducta de las autoridades judiciales, y
- iv) Afectación generada por la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso.

Derecho a la verdad

821. Adicionalmente cuando se habla de realizar investigaciones tendientes a efectivamente garantizar el acceso a la justicia de las víctimas, existe una clara relación con el derecho a la verdad de conocer las circunstancias en que los hechos tuvieron lugar, así como los posibles responsables de esta violación. Hablar del derecho a la verdad (o a conocer la verdad) implica concentrar en la víctima los esfuerzos por restablecer el orden y la tranquilidad⁶⁸⁹. Para Newman⁶⁹⁰ la verdad “*es el derecho individual y colectivo a saber los hechos, las circunstancias, las causas, las consecuencias, los responsables y las víctimas de las violaciones de los derechos humanos*”. Otros autores han considerado al derecho a la verdad con un doble componente: “el derecho al esclarecimiento de la misma y a los mecanismos de reparación”⁶⁹¹.

822. Si bien el derecho a conocer la verdad se ha enmarcado fundamentalmente en el derecho de acceso a la justicia⁶⁹², lo cierto es que el derecho a la verdad tiene autonomía ya que aquel tiene una naturaleza amplia y su vulneración puede afectar distintos derechos, dependiendo del contexto y circunstancias particulares del caso⁶⁹³.

⁶⁸⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Bulacio Vs. Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 18 de septiembre de 2003, serie c, núm. 100, entre otras.

⁶⁸⁷ Corte Internacional de Justicia, *Case Certain Activities Carried Out by Nicaragua in the Border Area (Costa Rica v. Nicaragua)*. Sentencia del 16 de diciembre de 2015.

⁶⁸⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 27 de noviembre de 200, serie C, núm. 192, entre otras.

⁶⁸⁹ Luis A. Fajardo, “Elementos estructurales del derecho a la verdad”, *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, (Enero-Junio 2012), <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100224190002>.

⁶⁹⁰ Vivian Newman-Pont, “Falso o verdadero (¿El derecho a la verdad es norma imperativa internacional?)”, *Revista Colombiana de Derecho Internacional*.

⁶⁹¹ N. Correa, N. “Reinserción y reparación” *Universitas* (julio-diciembre 2007).

⁶⁹² Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Omeara Carrascal y Otros Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones Y Costas). Sentencia de 21 noviembre de 2018, serie C, núm. 368, entre otras.

⁶⁹³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Omeara Carrascal y Otros Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones Y Costas). Sentencia de 21 noviembre de 2018, serie C, núm. 368, entre otros.

823. En el informe de Diane Orentlicher, experta independiente encargada de actualizar el “Conjunto de Principios para la Lucha contra la Impunidad”⁶⁹⁴, se establece que el derecho a saber⁶⁹⁵ incluye 4 principios:

Principio 1. El derecho inalienable a la verdad.

Principio 2. El deber de recordar.

Principio 3. El derecho de las víctimas a saber.

Principio 4. Garantías para hacer efectivo el derecho a saber

824. En la Recomendación 01/2018⁶⁹⁶, esta Comisión señaló que:

[...] las víctimas y sus familiares tienen el derecho imprescriptible a conocer la verdad y a recibir información específica sobre las violaciones de derechos o los delitos que las afectaron directamente, incluidas las circunstancias en que ocurrieron.

[Y que] para garantizar el derecho a la verdad, el Estado está obligado a generar mecanismos para la investigación independiente, imparcial y competente, que se avoque [conforme al artículo 22 de la Ley General de Víctimas]: 1) al esclarecimiento de los hechos, la dignificación de las víctimas y la recuperación de la memoria histórica; 2) a la determinación de la responsabilidad individual o institucional de los hechos; 3) a la contribución de la superación de la impunidad y modificación de las condiciones que facilitaron o permitieron las violaciones a derechos humanos; y 4) a la reparación integral del daño.

825. Así, respecto de este derecho, en el desarrollo de su jurisprudencia la Corte IDH⁶⁹⁷ ha señalado que:

– La familia de las víctimas siempre tiene el derecho a conocer el destino de ellas, incluso aunque no se identifique a los victimarios⁶⁹⁸;

⁶⁹⁴ Consejo Económico y Social, Resolución E/CN.4/2005/102/Add.1, 8 de febrero de 2005.

⁶⁹⁵ Si bien el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su “Estudio sobre derecho a la verdad” (2006), señaló que el derecho a la verdad tiene su origen en los Convenios de Ginebra y tuvo un mayor desarrollo en los años setenta, con motivo del inicio de una práctica sistemática de desapariciones forzadas en la región Americana, lo cierto es que en el preámbulo del Informe de la experta independiente, resulta innegable de que el desarrollo de este derecho a permeado de manera transversal como una forma de garantía para el ejercicio de los derechos, e incluso es reconocida como una forma de reparación de violaciones a derechos humanos.

⁶⁹⁶ Respecto del caso de “Falta de debida diligencia reforzada en la investigación del posible feminicidio de Lesvy Berlín Rivera Osorio, y negligencia en la atención a sus familiares” emitida el 2 de mayo de 2018. Visible en < <https://cdhdf.org.mx/2018/05/recomendacion-1-2018/>> Párr. 273.

⁶⁹⁷ Ver Gerardo Bernal, “El derecho a la verdad” *Revista de Estudios Constitucionales*, núm. 2016, https://www.researchgate.net/publication/313256757_EL_DERECHO_A_LA_VERDAD

⁶⁹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, “Caso Castillo Páez Vs. Perú (Fondo). Sentencia de 3 de noviembre de 1997, serie C, núm 34.

- Toda persona, incluyendo a los familiares de las víctimas, tiene derecho a conocer la verdad en casos de graves violaciones a los derechos humanos⁶⁹⁹;
- El derecho a la verdad constituye un medio importante de reparación⁷⁰⁰;
- El derecho a la verdad debe ser obtenido de la manera más oportuna posible, el Estado no puede agotar su obligación con posibilitar un debido proceso, debe garantizar que éste se desarrollará en un plazo razonable⁷⁰¹;
- El derecho a la verdad exige la adopción de los mecanismos más idóneos por parte del Estado para que este derecho sea realidad y permita la determinación procesal de la más completa verdad histórica posible⁷⁰²;
- Es un derecho de las víctimas y/o sus familias conocer el expediente médico para el esclarecimiento de los hechos violatorios⁷⁰³, en el cual indirectamente se refiere al derecho a la verdad cuando se alude al derecho al "esclarecimiento de los hechos";
- Los Estados deben realizar de buena fe todas las diligencias necesarias para conocer la verdad de lo ocurrido⁷⁰⁴, especialmente en casos de violaciones a los derechos humanos⁷⁰⁵.
- Establecer lo sucedido devela una verdad histórica que contribuye a cerrar un proceso de duelo y sienta un precedente para que determinadas faltas o violaciones a derechos humanos no vuelvan a suceder⁷⁰⁶.

⁶⁹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala (Fondo, Reparaciones y Costas.) Sentencia de 25 de noviembre de 2003, serie C, núm. 101.

⁷⁰⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Trujillo Oroza Vs. Bolivia (Reparaciones y Costas). Sentencia de 27 de febrero de 2002, serie C, núm. 92, Párr. 114.

⁷⁰¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Bulacio Vs. Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 18 de septiembre de 2003, serie C, núm. 100

⁷⁰² Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 11 de mayo de 2007, serie C, núm. 163

⁷⁰³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador (Fondo Reparaciones y Costas). Sentencia de 22 de noviembre de 2007, serie C, núm. 171.

⁷⁰⁴ Nicolás Espejo, Carla Leiva, *Digesto de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. (Chile: Legal Publishing, 2012).

⁷⁰⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Caso Contreras y otros Vs. El Salvador (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 31 de agosto de 2011, serie C, núm. 232.

⁷⁰⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.152. Doc. 2. Derecho a la verdad en las Américas", 13 agosto 2014.

Motivación

Caso 1.

Víctima Directa: Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)

Víctima Indirecta: Gustavo Lobato Padilla, (Víctima Indirecta 1).

- 826.** El día 19 de febrero de 2019, **Gustavo** presentó una denuncia por el fallecimiento de su hija, la **Recién Nacida Víctima Directa 2** en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, calificándose por el delito de homicidio culposo, misma que actualmente se encuentra radicada en la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos,⁷⁰⁷ en ella, se pudo constatar que la mayoría de las diligencias realizadas fueron realizadas en el año 2019, sin que en los subsecuentes, se hayan realizado diligencias fructíferas para la investigación.⁷⁰⁸
- 827.** Además, se tiene constancia de que el protocolo de necropsia es parte importante de las evidencias que obran en la carpeta de investigación, sin embargo, el Ministerio Público no ha considerado que el hospital no remitió la placenta para su estudio, sin la cual este documento quedó incompleto.⁷⁰⁹
- 828.** Para agosto de 2022, la carpeta de investigación fue canalizada por el Ministerio Público a la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares del Procurador, en aras de que se aprobara el no ejercicio de la acción penal, sin embargo, dicha Coordinación no aceptó la propuesta y sugirió al Ministerio Público que investigara respecto del delito calificado. Sin embargo, en febrero de 2023, se determinó por la referida Coordinación el no ejercicio de la acción penal, misma que le fue notificada recientemente a Cristal.⁷¹⁰
- 829.** Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no realizó una investigación seria respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**.
- 830.** Esta CDHCM detectó que en el caso de **Cristal** no hay una línea de investigación respecto de la violencia obstétrica de la que fue víctima **Cristal**, que permita un análisis de su posible relación con el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**. Tan es así, que fue hasta el 19 de agosto de 2021, es decir cerca de 2 años y medio después, que se requirió al Ministerio Público que solicitara un peritaje en ginecología y obstetricia⁷¹¹, ya que solo se había

⁷⁰⁷ Anexo 1, Caso 1, evidencia 33.

⁷⁰⁸ Anexo 1, Caso 1, evidencia 24,34,35,36, 38, 46.

⁷⁰⁹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 25, 28, 29, 30, 40.

⁷¹⁰ Anexo 1, Caso 1, evidencia 50, 51, 52, 53, 54, 55.

⁷¹¹ Anexo 1, Caso 1, evidencia 47.

requerido uno de medicina forense⁷¹² Al respecto, cabe señalar, que el expediente clínico que obra en la referida carpeta de investigación, también fue remitido a dicha Fiscalía de manera incompleta, sin que obre evidencia de que se recolectaron las constancias faltantes.⁷¹³

- 831.** Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no realizó una investigación imparcial respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**.
- 832.** Esta CDHCM documentó que **Gustavo** presentó la denuncia ante la Fiscalía General de Justicia el 19 de febrero de 2019. Es importante señalar que en el año 2022 la carpeta se propuso como ponencia de reserva, sin embargo, no fue aprobada por la Coordinación de Ministerios Públicos Auxiliares del Procurador, pero en febrero de 2023, fue determinada por esa Coordinación con el no ejercicio de la acción penal, es decir, 4 años después de ocurridos los hechos.⁷¹⁴
- 833.** Lo anterior permite a este Organismo concluir que personal de la Fiscalía General de Justicia, no realizó una investigación pronta y efectiva a partir de la cual sea posible conocer la verdad de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 2]**.

Caso 3.

Víctima Directa: Fabiola Morales Moreno (Mujer Víctima Directa 5)

Víctima Indirecta: Raymundo Méndez Rosas (Víctima Indirecta 6).

- 834.** El 7 de junio de 2019, es decir, un año después de los hechos, el señor **Raymundo** presentó una denuncia ante la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos, por el delito de responsabilidad profesional.⁷¹⁵
- 835.** Cabe señalar que si bien se han realizado diversas diligencias, en el año 2022 la carpeta fue propuesta por el Ministerio Público como ponencia de reserva, por una segunda ocasión, siendo aprobada por la Coordinación de Ministerios Públicos Auxiliares del Procurador, en abril de 2022, pese a que en respuesta a la primera vez que se formuló la propuesta de reserva, se les solicitó que remitieran la carpeta a la CONAMED para la emisión de un dictamen médico especializado.⁷¹⁶ Además, la determinación de aprobar la reserva, fue notificada al señor **Raymundo Méndez Rosas**, en el mes de junio de 2023,

⁷¹² Anexo 1, Caso 1, evidencia 48.

⁷¹³ Anexo 1, Caso 1, evidencia 45.

⁷¹⁴ Anexo 1, Caso 1, evidencia 22, 53, 54.

⁷¹⁵ Anexo 3, Caso 3, Evidencia 82.

⁷¹⁶ Anexo 3, Caso 3, Evidencia 83, 84, 88, 89, 90, 92 93.

con lo cual se retrasó la oportunidad de que, decidiera recurrirla en aras de continuar con la búsqueda de justicia por los hechos ocurridos con su esposa **Fabiola**.⁷¹⁷

836. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no realizó una investigación seria respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de **Fabiola Morales Moreno**.

837. Este Organismo documentó que en la carpeta de investigación se solicitaron dos dictámenes médicos, mismos que no fueron practicados por un especialista en Ginecobstetricia.⁷¹⁸

838. Además, se encontró que en respuesta a la propuesta de reserva realizada por el Ministerio Público, la Coordinación de Ministerios Públicos Auxiliares del Procurador, requirió al Ministerio Público que solicitara un dictamen por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sin embargo, se tomó la decisión de no realizar tal solicitud, en razón de que dicha Comisión no determina responsabilidad individual, no obstante, si se pudieron haber observado otros datos relativos a la atención médica.⁷¹⁹

839. Lo anterior permite a este Organismo concluir que personal de la Fiscalía General de Justicia, no realizó una investigación imparcial respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de **Fabiola Morales Moreno**.

Caso 4.

Víctima Directa: Jimena Marisol Avellán Sánchez (Mujer Víctima Directa 6)

Víctima Indirecta: Alex Osvaldo Orea Ramírez Víctima Indirecta 11.

840. El 12 de abril de 2021, **Jimena** y **Alex** presentaron una denuncia, misma que se encuentra a cargo de la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos. Personal de este Organismo documentó que un año después de presentada, se contaban con escasas diligencias prácticas, e incluso, se documentó que durante 6 meses estuvo inactiva.⁷²⁰ Por otro lado, desde agosto de 2022, se encuentran en espera de que policía de investigación remita un informe que practicó, sin que, a 14 meses, se haya recopilado o se hayan realizado acciones adicionales, teniendo como resultado que, a casi 29 meses de los hechos, no se haya culminado la investigación.⁷²¹

841. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación seria respecto de los

⁷¹⁷ Anexo 3, Caso 3, Evidencia 94, 95.

⁷¹⁸ Anexo 3, Caso 3, evidencia 73, 78, 82.

⁷¹⁹ Anexo 3, Caso 3, evidencia 89, 90, 93.

⁷²⁰ Anexo 4, Evidencia 31, 52, 54.

⁷²¹ Anexo 4, Caso 4, Evidencia 55, 56, 57, 58.

hechos que provocaron el fallecimiento del **[Recién Nacido Víctima Directa 7]**.

Caso 5.

Víctima Directa: Alizon Margarita Cruz Bravo (Mujer Víctima Directa 8)

Víctima Indirecta: Lenin Eduardo Tuñón Estrada (Víctima Indirecta 12)

- 842.** El 17 de mayo de 2017, **Lenin** y **Alizon** presentaron su denuncia por el fallecimiento de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**, encontrándose actualmente radicada en la Fiscalía para la Investigación de Delitos Cometidos por Servidores Públicos, en donde, ese mismo año, la ministerio público a cargo requirió un dictamen al Hospital General de México, mismo que le fue entregado casi dos años después y respecto del cual, no realizó acciones para recabarlos, situación que trajo como consecuencia inactividad en la integración durante ese tiempo, sin que pese a haberse iniciado procedimiento administrativo y penal en contra de la ministerio público, se la haya impuesto la sanción correspondiente.⁷²²
- 843.** Además, se tiene constancia de que protocolo de necropsia es parte importante de las evidencias que obran en la carpeta de investigación, sin embargo, el Ministerio Público no ha considerado que pese a habérselo solicitado, el hospital no remitió la placenta para su estudio, sin la cual este documento queda incompleto.⁷²³
- 844.** Asimismo, durante todo el proceso, **Alizon** y **Lenin** se han enfrentado a cambios constantes de Ministerios Públicos y asesores jurídicos, lo que implica para ellos, un volver a empezar, al tenerles que explicar el contexto en el que se dieron los hechos y los avances de la carpeta.⁷²⁴
- 845.** Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación seria respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9]**.
- 846.** Esta CDHCM documentó que, pese a que los peritajes emitidos por médicos ginecobstetras del Hospital General de México y la opinión médica de esta CDHCM fueron concluyentes respecto de una mala praxis médica y se conocen nombre de posibles responsables, a la fecha, la carpeta no ha logrado judicializarse e incluso, el ministerio público a cargo propuso la reserva temporal, sin que la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares de la Fiscal la haya aprobado, por lo cual, a la fecha, 77 meses después de los hechos, continúa en integración.⁷²⁵

⁷²² Anexo 5, Caso 5, evidencia 22, 23, 24, 31, 35, 36, 38, 39, 46, 47, 50, 51.

⁷²³ Anexo 5, Caso 5, evidencia 26, 27, 28.

⁷²⁴ Anexo 5, Caso 5, evidencia 49.

⁷²⁵ Anexo 5, Caso 5, evidencia 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63.

847. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación efectiva con la cual sea posible conocer la verdad de respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 9.]**

Caso 6.

Víctima Directa: Laura Reyes Reyes (Mujer Víctima Directa 10)

Víctima Indirecta: Modesta Reyes Nava (Mujer Víctima Indirecta 16)

848. Esta CDHCM acreditó que la señora **Modesta Reyes Nava**, ha sido sometida a constantes cambios de Ministerios Públicos y Asesores Jurídicos, lo cual ha generado un retardo en la investigación y un constante volver a empezar, situación que ha retardado la integración de la carpeta de investigación e imposibilitado el debido estudio por parte de quienes llevan el caso.⁷²⁶

849. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación seria respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de **Laura Reyes Reyes**.

850. Este Organismo documentó que, desde mayo de 2022, la carpeta de investigación fue remitida a la Coordinación de Servicios Periciales para la emisión de un dictamen, mismo que fue entregado prácticamente un año después, ya que solamente hay un médico especialista en ginecología. Tampoco se tiene documentado que se haya solicitado el apoyo de otra institución de salud para tales efectos.⁷²⁷

851. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación imparcial respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de **Laura Reyes Reyes**.

852. Esta CDHCM documentó que, pese a que se han realizado diversas acciones en la carpeta de investigación, a 4 años de los hechos de queja, estas acciones no han sido concluyentes para que la carpeta de investigación se determine o en su caso judicializada, lo cual genera en **Modesta Reyes Nava**, una situación de enojo e incertidumbre al no poder concluir ese proceso.⁷²⁸

853. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación efectiva respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de **Laura Reyes Reyes**, así como poder conocer la verdad sobre como estos tuvieron lugar.

⁷²⁶ Anexo 6, Caso 6, evidencia 52, 57, 62,63, 64.

⁷²⁷ Anexo 6, Caso 6, evidencia 53, 61, 65, 66, 67, 69.

⁷²⁸ Anexo 6, Caso 6, evidencia 49, 51, 67, 68, 70.

Caso 8.

Víctima Directa: Teresa Gutiérrez Lezama (Mujer Víctima Directa 12)

854. Esta CDHCM constató que, la mayoría de las diligencias fueron realizadas en el primer año posterior al inicio de la carpeta de investigación, es decir, durante 2020.⁷²⁹ Posteriormente, se documentó que, durante un periodo aproximado de 9 meses, la carpeta de investigación respecto de lo ocurrido con la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**, permaneció extraviada, debido a que personal de la Coordinación Territorial investigadora cambió de domicilio, hechos que desde luego, retardaron la debida integración de la carpeta,⁷³⁰ además de que se observan periodos importantes de inactividad.⁷³¹
855. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación seria respecto de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**.
856. Esta CDHCM acreditó que **Teresa Gutiérrez** presentó el 7 de febrero de 2020, una denuncia en la Coordinación Territorial IZP-8 por el delito de homicidio culposo en agravio de su hija, la **[Recién Nacida Víctima Directa 13]**. No pasamos por alto el referir que pese a que se han realizado diversas diligencias en la presente carpeta, personal de la Coordinación Territorial la extravió durante un periodo aproximado de 9 meses, situación que retardó la integración de la misma, siendo a 3 años de los hechos, ésta no ha logrado determinarse.⁷³²
857. Lo anterior permite a este Organismo concluir, que personal de la Fiscalía General de Justicia, no ha realizado una investigación efectiva respecto de los cuales fuera posible conocer la verdad de los hechos que provocaron el fallecimiento de la **Recién Nacida Víctima Directa 13**.

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

858. Esta Comisión reconoce los esfuerzos que hasta el momento ha realizado la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en la erradicación de la Violencia Obstétrica, en especial, ante la constante y creciente demanda de servicios de salud que son producto de los contextos sociales que hemos vivido en la Ciudad, tales como el éxodo migrante, los sismos de 2017, la explosión del Hospital Materno Infantil en Cuajimalpa y la pandemia del virus SARS CoV-2, COVID19.

⁷²⁹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 70

⁷³⁰ Anexo 8, Caso 8, evidencia 66, 68, 69

⁷³¹ Anexo 8, Caso 8, evidencia 70, 72, 73 y 74

⁷³² Anexo 8, Caso 8, evidencia 47, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71.

- 859.** Reconocemos también que al interior de la Secretaría, se ha reenfocado la política de cero rechazo de la mujer embarazada, el reforzamiento del sistema de referencias de las emergencias obstétricas a hospitales especializados; así como su disposición de mejorar los procesos de atención a las emergencias obstétricas a través de la capacitación continua del personal especializado en atención obstétrica respecto del alcance, implicaciones e impactos de la Violencia Obstétrica. En relación con lo anterior, durante los meses de abril y mayo de 2023, esta CDHCM impartió 32 capacitaciones en ocho hospitales de la red, así como en las oficinas centrales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, a las que asistieron un total de 1642 personas, todas trabajadoras y trabajadores de dicha dependencia.
- 860.** También saludamos con entusiasmo que en noviembre y diciembre de 2022, se hayan girado circulares a Directoras y Directores de los Hospitales que forman parte de la Red de Salud de la Ciudad, para que se cumpla con lo dispuesto en la Norma Oficial del Expediente Clínico; con especial énfasis en el cuidado en la elaboración del Consentimiento Informado y en el cumplimiento de las obligaciones de respeto a los derechos humanos que implica el servicio público.
- 861.** Muy especialmente, se reconoce el esfuerzo de la SEDESA en la implementación de Salas de Labor-Parto-Recuperación (Salas LPR) en los Hospitales Generales de Iztapalapa y Cuajimalpa; cuyo objetivo es que la atención médica se encuentre enfocada en la persona embarazada, garantizando el acompañamiento de la persona de su elección, la ingesta de líquidos, la deambulación durante el trabajo de parto, el manejo del dolor no farmacológico y la libertad de decidir la posición en la que desean parir.
- 862.** También se reconoce como una buena práctica, los reportes que se realizan al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)ⁱ que constituye una herramienta que permite registrar y monitorear, cuatrimestralmente, indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, coadyuvando en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica.
- 863.** Se reconocen también los esfuerzos de SERSALUD en aras de prevenir y erradicar la violencia obstétrica, a través de acciones como la implementación de cursos en línea para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio; la difusión de la importancia de entornos habilitantes en aras de garantizar la experiencia positiva durante la atención obstétrica y la atención inicial a la persona recién nacida; así como las capacitaciones dirigidas a personal de las diversas Jurisdicciones Sanitarias, sobre temas de violencia obstétrica, atención humanizada, salud materna y perinatal, entre las que destacan las denominadas “madrinas y padrinos obstétricos”, “acciones de salud materna y perinatal”, “atención a la violencia de género”, entre otros.

- 864.** Esta CDHCM resalta que algunos estados del país han tomado conciencia de las diversas situaciones que rodean a las mujeres que se enfrentan a la muerte prenatal o neonatal de sus hijos, dentro de los nosocomios públicos, así como de duelo complicado al que se encuentran tanto ellas como sus familias.⁷³³ En nuestro país, hospitales del estado de Jalisco, como el Hospital Materno Infantil López Mateos (HMILM)⁷³⁴ y el Hospital Materno Infantil San Martín de las Flores (HMISMF)⁷³⁵, implementaron el llamado “Código Mariposa”, que tiene como finalidad que todo el personal adscrito a los nosocomios se encuentre capacitado para brindar un acompañamiento sensible a las madres y sus familias; para tales efectos, se coloca en el expediente clínico y al pie de la cama una mariposa morada, para identificar a las madres y que el personal brinde un trato respetuoso, empático y enfocado a las necesidades de las pacientes, así como que se evite que constantemente se les pregunte acerca de sus bebés.⁷³⁶
- 865.** Derivado del código mariposa, el HMISMF implementó dos salas en sus instalaciones; la primera, la sala mariposa, que tiene como finalidad la estancia de las mujeres en recuperación, diferente al alojamiento conjunto, en donde se sitúan en un momento íntimo con otras mujeres en circunstancias similares, y la Habitación Mariposa, como un espacio privado donde la madre y familia cercana brindan homenaje a la niña o niño fallecido, donde se permite abrazar, tocar, vestir al bebé y decir adiós, en el ritual que elijan.⁷³⁷
- 866.** Derivado de la experiencia de Jalisco, otras entidades han realizado acciones para visibilizar el duelo perinatal y postnatal, así como acciones de despedida digna, mismas que se mencionan en la siguiente tabla:

Entidad federativa	Acción implementada
Veracruz	Implementación del Código Mariposa y la habitación mariposa en un hospital
Jalisco	Implementación de Código Mariposa en aproximadamente 5 hospitales, junto con las salas y habitaciones mariposa
Tabasco	Se aprobó una reforma legislativa para implementar acciones para la atención integral de la muerte fetal y perinatal.
Guerrero	Implementación del Código Mariposa en 1 Hospital, junto con las salas y habitaciones mariposa
San Luis Potosí	Código Mariposa y cuenta con una habitación mariposa
Sonora	Implementación del Código Mariposa.

⁷³³ Radio Udg, “Noticias” <https://udgtv.com/noticias/codigo-mariposa-estrategia-sencilla-efectiva-bordar-duelo-gestacion-parto/> y <https://udgtv.com/noticias/red-acompanamiento-duelo-muertes-antes-durante-despues-parto/>

⁷³⁴ Radio Udg, “Noticias” <https://udgtv.com/noticias/codigo-mariposa-estrategia-sencilla-efectiva-bordar-duelo-gestacion-parto/> y Secretaría de Salud Jalisco, “Comunicación Social” <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/10556>

⁷³⁵ Secretaría de Salud Jalisco, “Comunicación Social” <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/10637>

⁷³⁶ Youtube, <https://www.youtube.com/watch?v=GdoAOyqbv8E&t=2s>, y Radio Udg, “Noticias” <https://udgtv.com/noticias/codigo-mariposa-estrategia-sencilla-efectiva-bordar-duelo-gestacion-parto/>

⁷³⁷ Secretaría de Salud Jalisco, “Comunicación Social” <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/10637>

- 867.** Esta Comisión, celebra que para visibilizar la muerte perinatal y postnatal, el Estado de Jalisco haya declarado de manera oficial que el 15 de octubre se conmemore el “Día del Duelo Gestacional, Perinatal y Neonatal”, como una acción que reconoce el dolor de las familias que han tenido una pérdida, cuando esperaban la vida. En este tenor, en algunas entidades federativas el 28 de mayo se conmemora el Día de la Lucha contra la Mortalidad Materna y la Salud de la Mujer. Por lo anterior, hacemos un llamado a las autoridades de la Ciudad de México para que se unan a visibilizar y concientizar respecto de la muerte materna, perinatal, neonatal y posnatal y de los efectos de estas.
- 868.** No obstante, los casos objeto de la presente Recomendación, dan cuenta de que la violencia obstétrica, la falta de insumos, la falta de personal y la falta de información, continúan presentándose en la atención a la persona embarazada y de las emergencias obstétricas.
- 869.** Los casos incluidos en la presente Recomendación, son muestra de lo que aún viven las mujeres al acudir a recibir atención durante el embarazo, parto y puerperio. Casos tan graves, que implican la fractura familiar y el desmoronamiento del proyecto de familia, en los casos de muerte del producto o de la embarazada.
- 870.** Recordamos que el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH) se incorporó en 2016 y que, para su implementación, la SEDESA tuvo que afrontar la capacitación de 6,000 profesionales de la salud de distintos perfiles (medicina, enfermería, y personal administrativo) y la modernización tecnológica de los hospitales en cuanto a la instalación y configuración del cableado estructurado entre 2016 y 2017, así como la entrega de 2000 computadoras personales, 700 impresoras, 2000 no-breaks, 29 servidores, 2 unidades de almacenamiento. No obstante este importante esfuerzo, y la consecuente inversión de recursos financieros y de capital humano, se han identificado fallas en el SAMIH, insumos, equipo y en la alimentación que de él realiza el personal médico, administrativo y de enfermería.
- 871.** El reto de sensibilizar al gremio médico en la erradicación de la violencia obstétrica, en las especialidades de Ginecología y obstetricia, sigue latente. Esperamos que este instrumento recomendatorio contribuya a la generación de una cultura del respeto a los derechos de las mujeres embarazadas, y a la erradicación de todo tipo de violencias contra ellas y de los impactos generados.

VIII. Fundamento jurídico sobre la obligación de reparar a las víctimas de violaciones a derechos humanos.

- 872.** La reparación del daño es la consecuencia de que un hecho ilícito y/o una violación a derechos humanos haya tenido lugar y debe ser integral. Sin embargo, no solamente se trata de una obligación que el Estado deba satisfacer, sino que constituye un derecho humano que se encuentra protegido en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, concretamente en los artículos 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y en el párrafo 20 de 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”*, entre otros tratados e instrumentos internacionales. Asimismo, el párrafo 15 de este instrumento señala que una reparación adecuada, efectiva y rápida promueve la justicia y debe ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.
- 873.** La *“Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder”*⁷³⁸ señala que las víctimas *“tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y a una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional”*; asimismo, deben tenerse como referente los criterios emitidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en los casos *Godínez Cruz vs Honduras*, *Bámaca Velásquez vs Guatemala* y *Loayza Tamayo vs Perú, González y otras vs México (Campo Algodonero)*, por mencionar algunos específicos en la materia.
- 874.** La reparación del daño debe plantearse en una doble dimensión por tratarse de un recurso de protección efectivo reconocido en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y un derecho fundamental contemplado en el derecho positivo, cuyo ejercicio permite acceder a los otros derechos que fueron conculcados.
- 875.** En el derecho positivo mexicano, la reparación es reconocida como un derecho fundamental en los artículos 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 7, 26 y 27 de la Ley General de Víctimas; 4, inciso a), numeral 5 y 5, inciso c), numeral 1 de la Constitución Política de la Ciudad de México; 3, fracción XXVI, 56 y 57 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y 86 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías en la Ciudad de México, los cuales señalan la obligación de todas las autoridades, conforme a su ámbito de competencia, de garantizar los

⁷³⁸ Adoptada por Resolución de la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985.

derechos de las víctimas, entre ellos este derecho a ser reparadas de manera integral, plena, diferenciada, transformadora y efectiva.

876. Por su parte la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado de manera reiterada respecto a la obligación de que las violaciones a derechos humanos sean reparadas de manera integral y proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.⁷³⁹ En este orden ha establecido que:

“[...] el derecho de las víctimas a ser reparadas de manera íntegra por las violaciones cometidas a sus derechos humanos no puede tener el carácter de renunciable, ni verse restringido por las necesidades económicas o presiones que puedan recaerles, toda vez que la reparación integral del daño es un derecho fundamental que tiene toda persona a que sea restablecida su dignidad intrínseca la cual, por su propia naturaleza, no resulta conmensurable y, por ende, negociable.”⁷⁴⁰

877. Para que un plan de reparación integral cumpla con los estándares mínimos que señala el marco normativo, en su elaboración deben considerarse los aspectos contenidos en los artículos 1, 5, 7, 27, 61, 62, 63 y 64 de la Ley General de Víctimas; 56, 57, 58, 59, 60, 61, 71, 72, 74 y 75 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México; y 86, 103, 105 y 106 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías en la Ciudad de México, teniendo siempre como referencia los principios y criterios que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha otorgado a través de su jurisprudencia en materia de reparaciones⁷⁴¹. Dichas medidas deberán determinarse atendiendo a los principios rectores como integralidad, máxima protección, progresividad y no regresividad, debida diligencia, dignidad, así como la aplicación del enfoque diferencial y especializado, todos ellos contenidos en los artículos 5 de la Ley General de Víctimas y 5 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México.

878. En términos de lo dispuesto en el artículo 1º constitucional, la Ley General de Víctimas (LGV) en sus artículos 1 y 7, fracción II, señala que las personas

⁷³⁹ Tesis aislada intitulada “DERECHOS HUMANOS. SU VIOLACIÓN GENERA UN DEBER DE REPARACIÓN ADECUADA EN FAVOR DE LA VÍCTIMA O DE SUS FAMILIARES, A CARGO DE LOS PODERES PÚBLICOS COMPETENTES”, Novena Época. Pleno; Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011. Materia: Constitucional; P.LXVII/2010, pág. 28. Tesis aislada intitulada “DERECHOS A UNA REPARACIÓN INTEGRAL Y A UNA JUSTA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DEL ESTADO. SU RELACIÓN Y ALCANCE”. 10a. Época, Primera Sala, Gaceta del Seminario Judicial de la Federación, Libro 5, Abril de 2014, Tomo I, p. 802, aislada, constitucional, administrativa.

⁷⁴⁰ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tesis 2a./J. 112/2017 (10a.), Seminario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 45, Agosto de 2017, Tomo II, página 748.

⁷⁴¹ Para mayor referencia: Pinacho Espinosa, Jacqueline Sinay. El Derecho a la Reparación del Daño en el Sistema Interamericano. CNDH. México, junio de 2019.

víctimas tienen, entre otros derechos, el de ser reparadas de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas vulneraciones les causaron en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica; asimismo, que cada una de esas medidas sea 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 victimizante.

879. La Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM) establece que las autoridades adoptarán las medidas necesarias para la atención integral de las víctimas en los términos de la legislación aplicable. Específicamente en sus artículos 5, apartado C y 11, apartado J 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.

880. Adicionalmente, la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías en la Ciudad de México, en su artículo 86 establece que los derechos de las víctimas son: asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y los señalados en las demás leyes aplicables; de igual manera, en ese mismo artículo y en el 103, establece que las autoridades locales deberán actuar conforme a los principios de asesoría jurídica adecuada, buena fe, complementariedad, confidencialidad, consentimiento informado, cultura jurídica, debida diligencia, debido proceso, desvictimización, dignidad, gratuidad, principio pro víctima, interés superior de la niñez, máxima protección, no criminalización, no victimización secundaria, participación conjunta y los demás señalados en las leyes aplicables. En ese mismo tenor, los artículos 105 y 106 de esta norma retoman los conceptos esenciales de la Ley General de Víctimas antes citados en relación a que la reparación integral contempla medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica y que cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante; además, las autoridades de la Ciudad de México que se encuentren obligadas a reparar el daño de manera integral deberán observar lo establecido en las leyes generales y locales en materia de derechos de las víctimas.

IX. Competencia para la emisión del Plan de Reparación Integral

881. La Ley de Víctimas para la Ciudad de México, en sus artículos 56 al 58 y 28 al 47 de su Reglamento establecen que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México (CEAVI) es la autoridad competente para determinar y ordenar la implementación de las medidas de reparación a través de los proyectos de plan de reparación integral a las autoridades responsables de las violaciones a derechos humanos acreditadas, en este caso, por la

Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; además, en su calidad de Secretaría Técnica, es el órgano a cargo de coordinar y gestionar los servicios de las autoridades que integran el Sistema de Atención Integral a Víctimas de la Ciudad de México que deban intervenir para el cumplimiento de la implementación de medidas de ayuda, atención, asistencia, protección, acceso a la justicia y a la verdad, así como a la reparación integral a través de las acciones establecidas en los Planes Individuales o Colectivos de Reparación Integral, tal como lo disponen los artículos 78 al 81 de esta Ley de Víctimas y 1, 2, 5 y 10 de su Reglamento.

882. En ese orden, el Comité Interdisciplinario Evaluador es la unidad administrativa facultada por los artículos 28, 29, 36 y 37 del Reglamento de dicha Ley para que emita los proyectos de plan de reparación individual que deberán ser propuestos a la persona titular de esa Comisión, a fin de que sea quien emita la resolución definitiva. En su elaboración deberán establecerse las medidas necesarias y suficientes para garantizar este derecho conforme a los parámetros dispuestos en los artículos 56 y 57 de la Ley de Víctimas local respecto a los aspectos materiales e inmateriales.

X. Conceptos de daños que deben incluirse en la determinación de los Planes de Reparación Integral.

883. De acuerdo con los hechos narrados y las pruebas analizadas a lo largo del desarrollo del presente instrumento recomendatorio, este organismo protector de derechos humanos acreditó que la **Secretaría de Salud de la Ciudad de México** vulneró el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal; el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva, en relación con el derecho a la integridad personal; el derecho a la vida y el derecho a la protección de la familia, de las Víctimas Directas e Indirectas que se establecen a continuación:

Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
Caso 1	Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Recién Nacida Víctima Directa 2]	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	Gustavo Lobato Padilla, (Víctima Indirecta 1)	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Niño Víctima Indirecta 2]	Derecho a la protección de la familia
Caso 2	Stephanie Santos Sánchez, (Mujer Víctima Directa 3)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Recién Nacido Víctima Directa 4]	Derecho a la salud

		Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	Yair Armando Frías Rivera, (Víctima Indirecta 3)	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niño Víctima Indirecta 4]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niña Víctima Indirecta 5]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
Caso 3	Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	Raymundo Méndez Rosas, (Víctima Indirecta 6)	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Niña Víctima Indirecta 7]	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Adolescente Víctima Indirecta 8]	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Mujer Víctima Indirecta 9]	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
Caso 4	Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia.
	[Recién Nacido Víctima Directa 7]	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia.
	Alex Osvaldo Orea Ramírez, (Víctima Indirecta 11)	Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
Caso 5	Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Recién Nacida Víctima Directa 9]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	Lenin Eduardo Tuñón Estrada, (Víctima Indirecta 12)	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
Caso 6	Laura Reyes Reyes, (Víctima Directa 10)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niña Víctima Indirecta 13]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia

	[Persona joven con discapacidad, Víctima Indirecta 14]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Hombre joven Víctima Indirecta 15]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	Modesta Reyes Nava, (Mujer Víctima Indirecta 16)	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
Caso 7	[Mujer Víctima Directa 11]	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niño Víctima Indirecta 17]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Mujer Víctima Indirecta 18]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
Caso 8	Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la protección de la familia
	[Recién Nacida Víctima Directa 13]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
Caso 9	[Mujer Víctima Directa 14]	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niño Víctima Indirecta 19]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Niña Víctima Indirecta 20]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Mujer Víctima Indirecta 21]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia
	[Víctima Indirecta 22]	Derecho a la salud Derecho a la vida Derecho a la protección de la familia

884. Por su parte, se acreditó que **los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** vulneraron el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal y el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, incluida la salud reproductiva, en

relación con el derecho a la integridad personal de la Víctimas Directa que se establece a continuación:

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México		
Caso 6	Laura Reyes Reyes, (Víctima Directa 10)	Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica en relación con el derecho a la integridad personal. Derecho a la salud

885. Asimismo, la **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** vulneró el derecho al acceso a la justicia y el derecho a la verdad de las Víctimas Directas e Indirectas que se establecen a continuación:

Fiscalía General de Justicia		
Caso 1	Cristal Labastida Juárez, (Mujer Víctima Directa 1)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Gustavo Lobato Padilla, (Víctima Indirecta 1)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Niño Víctima Indirecta 2]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
Caso 3	Fabiola Morales Moreno, (Mujer Víctima Directa 5)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Raymundo Méndez Rosas, (Víctima Indirecta 6)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Niña Víctima Indirecta 7]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Adolescente Víctima Indirecta 8]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Mujer Víctima Indirecta 9]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Raymundo Méndez Morales, (Víctima Indirecta 10)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
Caso 4	Jimena Marisol Avellán Sánchez, (Mujer Víctima Directa 6)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Alex Osvaldo Orea Ramírez, (Víctima Indirecta 11)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
Caso 5	Alizon Margarita Cruz Bravo, (Mujer Víctima Directa 8)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Lenin Eduardo Tuñón Estrada, (Víctima Indirecta 12)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
Caso 6	Laura Reyes Reyes, (Víctima Directa 10)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Niña Víctima Indirecta 13]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Persona joven con discapacidad, Víctima Indirecta 14]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	[Hombre joven Víctima Indirecta 15]	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
	Modesta Reyes Nava, (Mujer Víctima Indirecta 16)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad
Caso 8	Teresa Gutiérrez Lezama, (Mujer Víctima Directa 12)	Derecho al acceso a la justicia en relación con el derecho a la verdad

Con base en los hechos victimizantes descritos y las consecuencias que de ellos se desencadenaron, la reparación integral del daño deberá considerar las afectaciones generadas a las víctimas mencionadas en los párrafos que anteceden.

- 886.** En la elaboración de los planes de reparación, deberán aplicarse los enfoques diferencial y especializado contenidos en los artículos 5 de la Ley General de Víctimas y 5 de la citada Ley de Víctimas para la Ciudad de México, lo cual remite a tener presentes *las características particulares* de las víctimas directas e indirectas de manera diferenciada, con el fin de identificar los aspectos de vulnerabilidad que rodean sus vidas desde la interseccionalidad, como por ejemplo, ser mujer, tener alguna discapacidad física o psicosocial, ser niño, niña, adolescente, persona adulta mayor, LGBTTTI+, tener alguna enfermedad grave o encontrarse en situación de pobreza, entre otras características, sin dejar de observar el tiempo que hubiese transcurrido desde que ocurrieron los hechos victimizantes hasta que se concrete la reparación.
- 887.** Asimismo, el artículo 58 de la Ley de Víctimas prevé que en los casos en los que a partir de una valoración psicosocial y/o psicoemocional se desprenda una afectación agravada, se realizará un ajuste porcentual en la indemnización.
- 888.** Con base en el análisis normativo presentado en los apartados anteriores, se reitera que la reparación, para que realmente sea integral, debe contemplar medidas de **restitución, rehabilitación, compensación económica o indemnización, satisfacción y no repetición**, cuya definición planteada en la Ley General de Víctimas, la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y su Reglamento, se remite a lo siguiente:

a) Restitución

- 889.** Busca restablecer a las víctimas en sus derechos, bienes y propiedades de los que fueron privados como consecuencia del hecho victimizante. Los aspectos que deben ser abordados e impulsados en este rubro, de acuerdo con el artículo 59, son: i) restablecimiento de la libertad, derechos jurídicos, los relacionados con bienes y propiedades, identidad, vida en sociedad y unidad familiar, ciudadanía y derechos políticos; ii) regreso digno y seguro al lugar de origen o residencia; iii) reintegración a la vida laboral; iv) devolución de bienes o valores de su propiedad que hayan sido asegurados, decomisados o recuperados por las autoridades (observando disposiciones de la normatividad aplicable o, en su caso, el pago de su valor actualizado). Cuando se trata de bienes fungibles, debe garantizarse la entrega de un objeto igual o similar sin necesidad de recurrir a pruebas periciales; y v) eliminación de registros

relativos a los antecedentes penales, cuando la autoridad jurisdiccional competente revoque una sentencia condenatoria.

b) Rehabilitación

890. Su propósito es establecer la recuperación de la salud psicológica y física, retomar el proyecto de vida y la reincorporación social cuando la víctima hubiese sido afectada por el hecho victimizante. El artículo 60 de la Ley de Víctimas señala que debe considerar: i) atención médica, psicológica y psiquiátrica adecuadas; ii) atención y asesoría jurídica tendentes a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas; iii) atención social para garantizar el pleno ejercicio y restablecimiento de los derechos; iv) acceso a programas educativos; v) acceso a programas de capacitación laboral; vi) medidas tendentes a reincorporar a las personas victimizadas a su proyecto de vida, grupo o comunidad.

891. Las atención brindada a las víctimas deberá observar los principios de gratuidad, atención adecuada e inmediatez contenidos en los artículos 5, fracción XV, 11, fracciones I y III y 12, fracciones I, II, III, VI y VII de la Ley de Víctimas, lo cual considera las atenciones médicas, psicológicas, psiquiátricas o de cualquier índole relacionada con las afectaciones a la salud desencadenadas por el estrés postraumático y/o el hecho victimizante, incluyendo la provisión de medicamentos y los gastos directamente relacionados para poder acudir a dichos servicios por el tiempo que su recuperación lo amerite.

c) Satisfacción

892. De acuerdo con los artículos 71 y 72 de la Ley de Víctimas, son medidas que contribuyen a mitigar el daño ocasionado a las víctimas mediante su dignificación, la determinación de la verdad, el acceso a la justicia y el reconocimiento de responsabilidades. Retoman aspectos de la Ley General de Víctimas, tales como: i) verificación de hechos, revelaciones públicas y completas de la verdad que sea de su entera satisfacción; ii) búsqueda de personas ausentes, extraviadas, desaparecidas, secuestradas, retenidas, sustraídas y no localizadas o, en su caso, de sus cuerpos u osamentas, así como su recuperación, identificación, inhumación conforme a los deseos de la familia de la víctima; iii) declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de las víctimas y su familia; iv) disculpa pública por parte de las dependencias e instituciones gubernamentales responsables; v) aplicación de sanciones administrativas y judiciales a los responsables del hecho victimizante; vi) realización de actos de conmemoración de víctimas tanto vivas como muertas; vii) reconocimiento público de las víctimas, de su dignidad, nombre y honor; viii) publicación de resoluciones administrativas o jurisdiccionales, cuando así se determine; ix) actos de reconocimiento de responsabilidad del hecho victimizante que

asegure la memoria histórica y el perdón público para el restablecimiento de la dignidad de las víctimas.

d) No repetición

893. Estas medidas han de contribuir a la prevención, a fin de que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. Por lo tanto, deben tener una vocación transformadora, ser correctivas y tener un impacto para disminuir o desaparecer las consecuencias de las violaciones en la vida de las personas y en la sociedad.

894. En ese tenor, la Ley de Víctimas refiere que son medidas adoptadas para que las víctimas no vuelvan a ser objeto de hechos victimizantes y que contribuyan a prevenir y evitar actos similares. Pueden consistir, entre otras cosas, en: i) ejercicio de control de dependencias de seguridad pública; ii) garantía de que los procedimientos penales y administrativos observen las normas y se desarrollen conforme a derecho; iii) autonomía del Poder Judicial; iv) exclusión de personas servidoras públicas que participen y cometan graves violaciones a derechos humanos; v) promoción del conocimiento y observancia de normatividad interna que rige la actuación ética y profesional de las personas servidoras públicas al interior de sus dependencias de adscripción; vi) promoción de la revisión y reforma de normas cuya interpretación pudiera contribuir en la violación de derechos humanos; vii) promoción de mecanismos destinados a prevenir, vigilar y resolver conflictos sociales a través de medios pacíficos.

895. Asimismo, deben tomarse en cuenta las medidas que recaen directamente en las personas que cometieron las vulneraciones, conforme al artículo 75 de la Ley de Víctimas.

e) Compensación

896. La compensación económica o indemnización debe considerar el pago de los daños materiales e inmateriales, tal como lo establecen los estándares internacionales, el artículo 64 de la Ley General de Víctimas, 61 de la Ley de Víctimas de la Ciudad de México y su respectivo Reglamento. Estos ordenamientos establecen que esta medida implica una justa indemnización a las víctimas que deberá ser adecuada y proporcional a los daños ocasionados por las violaciones a derechos humanos. Además, especifican que cuando una Recomendación vincule a más de una autoridad, cada una de ellas deberá responder por las violaciones que le fueron acreditadas a través del instrumento recomendatorio.

897. De acuerdo con los artículos *supra* citados, los conceptos que deben ser considerados como parte de la medida de compensación en sus dimensiones material e inmaterial, dentro de un plan de reparación integral son:

a) Daño material. Los daños de esta naturaleza están referidos en el artículo 57 de la Ley de Víctimas y los cataloga como daño emergente y lucro cesante, lo cual remite a las afectaciones patrimoniales causadas por las vulneraciones a los derechos humanos, la pérdida o detrimento de los ingresos familiares, los gastos efectuados con motivo de los hechos victimizantes y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan nexo causal. En seguida se desglosa lo que corresponde a cada rubro:

- *Lucro cesante:* este tipo de daño tiene que ver con la interrupción de ingresos, salarios, honorarios y retribuciones que no hubiese ocurrido de no haberse suscitado los hechos victimizantes; tiene que cubrir el tiempo que estos duraron o sus efectos de las lesiones incapacitantes para continuar trabajando en la actividad que se realizaba y que fueron generadas con motivo del hecho victimizante. Refleja las afectaciones económicas concretas sobre las condiciones de vida que disfrutaba la víctima y sus familiares antes de los lamentables sucesos, así como la probabilidad de que esas condiciones continuaran si la violación no hubiese ocurrido.
- *Daño emergente o daño patrimonial:* se traduce en el menoscabo al patrimonio de los familiares como consecuencia de lo sucedido a la víctima directa por las vulneraciones a los derechos humanos cometidas en su contra. Esos gastos se relacionan con el pago de transporte, alimentos y gastos por los múltiples traslados para el seguimiento de las investigaciones, audiencias con autoridades y jornadas de búsqueda para la localización; cambios de domicilio, pérdida de bienes y objetos de valor, entre otras cosas.
- *Pérdida de oportunidades o proyecto de vida:* es la cesación o anulación de posibilidades favorables que implica el grave menoscabo de espacios de desarrollo personal en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Este rubro considera la vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que permitían a las personas fijarse razonablemente determinadas expectativas y los medios para acceder a ellas.
- *Pago de tratamientos médicos y terapéuticos:* son las atenciones y tratamientos médicos, psiquiátricos y/o psicológicos recibidos debido a las afectaciones causadas por angustia, dolor, miedo, incertidumbre y estrés prolongado que derivaron en diversos padecimientos de salud y psicológicos por los hechos victimizantes.
- *Pago de gastos y costas:* implican erogaciones derivadas de conceptos como los servicios de asesoría jurídica cuando éstos sean privados e incluye todos los pagos realizados por las víctimas, sus derechohabientes o sus representantes para seguir los procedimientos judiciales y administrativos necesarios para esclarecer los hechos, obtener justicia y una indemnización adecuada. De acuerdo con los estándares internacionales y los establecidos

por la Ley General de Víctimas en el citado artículo 64, este concepto también constituye un derecho de las víctimas a elegir a sus representantes legales y a que los gastos derivados del seguimiento a los procedimientos judiciales y administrativos relacionados con los hechos victimizantes les sean reembolsados.

- *Gastos de transporte, alojamiento, comunicación o alimentación:* son aquellos gastos realizados cuando las personas acuden a las diligencias y audiencias para dar seguimiento a los procesos judiciales y administrativos iniciados, o bien para asistir a sus tratamientos médicos, psiquiátricos y/o psicológicos cuando el lugar de residencia es en otro municipio o entidad federativa.

b) Daño inmaterial. Cuando ocurre una violación grave a derechos humanos, debe partirse de la base de que siempre existe una afectación para las víctimas directas y sus familiares por el impacto que conlleva en todas las esferas de sus vidas. Este tipo de daños causados se relacionan con los derechos a la dignidad e integridad física y psicoemocional; no tienen un carácter económico o patrimonial que permita una cuantificación simple y llana en términos monetarios. Las principales formas de afectación en la esfera inmaterial son la física y la psicológica (moral), las cuales pueden derivar en diversos grados de daños en los aspectos físicos y psíquicos, dependiendo del dolor causado o sufrimiento derivado del impacto del hecho victimizante, de las vejaciones, tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cuyas secuelas físicas y psíquicas varían dependiendo de las características propias y del contexto de cada situación concreta:

- *Afectaciones físicas:* se refieren a las características del trato, tales como la duración, el método utilizado o el modo en que fueron infringidos los padecimientos para causar dolor, humillación, denigración, con efectos físicos y mentales. La pérdida y/o afectaciones de órganos y padecimientos permanentes en la salud física como consecuencia de los hechos victimizantes.

- *Afectaciones psíquicas y/o psicológicas:* son aquellas directamente relacionadas con el daño moral, el cual comprende tanto los sufrimientos y aflicciones causadas a la dignidad a través del menoscabo de valores significativos para las personas, como todo tipo de perturbaciones que atentan contra su estabilidad, equilibrio y salud psíquica y emocional, lo cual tampoco puede medirse en términos monetarios.

898. Estos padecimientos aquejarán de manera distinta a cada persona victimizada, dependiendo de las características propias señaladas anteriormente (edad, sexo, estado de salud y toda circunstancia personal que acentúe los efectos nocivos de las vulneraciones a derechos humanos cometidas en su contra). De igual manera, abarcan el impacto que dicha violación tiene en el grupo familiar por la angustia y el sufrimiento que genera

en cada uno de sus miembros de acuerdo a sus características particulares y forma como vivieron y asumieron los hechos victimizantes.

899. El artículo 58 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México refiere que las afectaciones en la esfera inmaterial deberán calcularse a partir de la valoración del momento de la consumación de la vulneración a los derechos humanos y la temporalidad, así como el impacto biopsicosocial en la vida de las víctimas.

XI. Consideraciones sobre las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión.

Con base en los principios pro víctima y de máxima protección, esta Comisión de Derechos Humanos recuerda que dentro del catálogo de derechos de las víctimas de violaciones a derechos humanos que el marco normativo protege, se encuentran las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión, por lo que en el caso de **la Mujer Víctima Directa 1, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (Caso 1); Mujer Víctima Directa 3, Víctima Indirecta 3, Niño Víctima Indirecta 4 y Niña Víctima Indirecta 5 (Caso 2); Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6 y Víctima Indirecta 11 (Caso 4); Mujer Víctima Directa 8 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); Niño Víctima Indirecta 17 y Mujer Víctima Indirecta 18 (Caso 7); Mujer Víctima Directa 12 (Caso 8); y el Niño Víctima Indirecta 19, Niña Víctima Indirecta 20, Mujer Víctima Indirecta 21 y Víctima Indirecta 22 (Caso 9)** reconocidas en la presente Recomendación, es preciso tener en cuenta que deben ser proporcionadas atendiendo a las necesidades particulares de cada caso desde un enfoque diferencial y especializado, conforme a los principios, criterios y procedimientos determinados en las disposiciones contenidas en los Capítulos II, III y IV de la Ley de Víctimas y los artículos 7 y 13, fracciones II, IV, V, VI y IX de su Reglamento.

XII. Recomendación

De conformidad con los estándares internacionales y nacionales en materia de reparación integral emanados del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la Ley General de Víctimas, y la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y tomando como referencia sus principios y criterios para el desarrollo de los apartados *VIII. Fundamento jurídico sobre la obligación de reparar a las víctimas de violaciones a derechos humanos; IX. Competencia para la emisión del Plan de Reparación Integral; X. Conceptos de daños que deben incluirse en la determinación de los Planes de Reparación Integral; y XI. Consideraciones sobre las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión*, **LA SECRETARÍA DE SALUD, LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA, TODAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO** adoptarán a través del presente instrumento recomendatorio las medidas específicamente señaladas en

cada caso, atendiendo a los principios pro persona, pro víctima, máxima protección, progresividad y no regresividad:

A. INCORPORACIÓN AL REGISTRO DE VÍCTIMAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

A.1. A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

PRIMERO. En un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la aceptación de la Recomendación, dará seguimiento con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, para que **Mujer Víctima Directa 1, Niña Víctima Directa 2, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (Caso 1); Mujer Víctima Directa 3, Recién Nacido Víctima Directa 4, Víctima Indirecta 3, Niño Víctima Indirecta 4 y Niña Víctima Indirecta 5 (Caso 2); Mujer Víctima Directa 5, Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6, Recién Nacido Víctima Directa 7, y Víctima Indirecta 11 (Caso 4); Mujer Víctima Directa 8, Niña Víctima Directa 9 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); Mujer Víctima Directa 11, Niño Víctima Indirecta 17 y Mujer Víctima Indirecta 18 (Caso 7); Mujer Víctima Directa 12 y Recién Nacida Víctima Directa 13 (Caso 8); y la Mujer Víctima Directa 14, Niño Víctima Indirecta 19, Niña Víctima Indirecta 20, Mujer Víctima Indirecta 21 y Víctima Indirecta 22 (Caso 9)** queden inscritas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y su respectivo reglamento.

A.2. A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SEGUNDO. En un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la aceptación de la Recomendación, dará seguimiento con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, para que la **Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6)** queden inscritas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y su respectivo reglamento.

A.3. A LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

TERCERO. En un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la aceptación de la Recomendación, dará seguimiento con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, para que la **Mujer Víctima Directa 1, Niña Víctima Directa 2, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (Caso 1); Mujer Víctima Directa 5, Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3);**

Mujer Víctima Directa 6, Recién Nacido Víctima Directa 7 y Víctima Indirecta 11 (caso 4); Mujer Víctima Directa 8, Niña Víctima Directa 9 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); y la Mujer Víctima Directa 12 y Recién Nacida Víctima Directa 13 (Caso 8) queden inscritas en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la Ley de Víctimas para la Ciudad de México y su respectivo reglamento.

B. MEDIDAS DE AYUDA INMEDIATA, ASISTENCIA, ATENCIÓN E INCLUSIÓN

B.1. A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CUARTO. Colaborará con dicha Comisión Ejecutiva para facilitar el otorgamiento de las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión a **Mujer Víctima Directa 1, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (Caso 1); Mujer Víctima Directa 3, Víctima Indirecta 3, Niño Víctima Indirecta 4 y Niña Víctima Indirecta 5 (Caso 2); Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6 y Víctima Indirecta 11 (Caso 4); Mujer Víctima Directa 8 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); Niño Víctima Indirecta 17 y Mujer Víctima Indirecta 18 (Caso 7); Mujer Víctima Directa 12 (Caso 8); y el Niño Víctima Indirecta 19, Niña Víctima Indirecta 20, Mujer Víctima Indirecta 21 y Víctima Indirecta 22 (Caso 9)**, de acuerdo con las necesidades específicas del caso por las afectaciones derivadas de los hechos victimizantes acreditados en la presente Recomendación, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la citada Ley de Víctimas y su respectivo Reglamento.

B.2. A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

QUINTO. Colaborará con dicha Comisión Ejecutiva para facilitar el otorgamiento de las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión a la **Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6)**, de acuerdo con las necesidades específicas del caso por las afectaciones derivadas de los hechos victimizantes acreditados en la presente Recomendación, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la citada Ley de Víctimas y su respectivo Reglamento.

B.3. A LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SEXTO. Colaborará con dicha Comisión Ejecutiva para facilitar el otorgamiento de las medidas de ayuda inmediata, asistencia, atención e inclusión a la **Mujer Víctima Directa 1, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (caso 1); Víctima**

Indirecta 6, Niño Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6 y Víctima Indirecta 11 (caso 4); Mujer Víctima Directa 8 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); y la Mujer Víctima Directa 12 (Caso 8), de acuerdo con las necesidades específicas del caso por las afectaciones derivadas de los hechos victimizantes acreditados en la presente Recomendación, conforme a los procedimientos y requisitos que establece la citada Ley de Víctimas y su respectivo Reglamento.

C. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

C.1. A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SÉPTIMO. Dará seguimiento al proceso de la CEAVI en la integración de los respectivos expedientes de la **Mujer Víctima Directa 1, Niña Víctima Directa 2, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (caso 1); Mujer Víctima Directa 3, Recién Nacido Víctima Directa 4, Víctima Indirecta 3, Niño Víctima Indirecta 4 y Niña Víctima Indirecta 5 (Caso 2); Mujer Víctima Directa 5, Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6, Recién Nacido Víctima Directa 7, y Víctima Indirecta 11 (caso 4); Mujer Víctima Directa 8, Niña Víctima Directa 9 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); Mujer Víctima Directa 11, Niño Víctima Indirecta 17 y Mujer Víctima Indirecta 18 (Caso 7); Mujer Víctima Directa 12 y Recién Nacida Víctima Directa 13 (Caso 8); y la Mujer Víctima Directa 14, Niño Víctima Indirecta 19, Niña Víctima Indirecta 20, Mujer Víctima Indirecta 21 y Víctima Indirecta 22 (Caso 9)** hasta la valoración y determinación de los planes de reparación integral, conforme a los parámetros establecidos en los apartados *IX. Competencia para la emisión del Plan de Reparación Integral* y *X. Conceptos de daños que deben incluirse en la determinación de los Planes de Reparación Integral*, dentro de los plazos que establece la propia Ley de Víctimas y su Reglamento, observando en todo momento los principios pro víctima, de máxima protección, debida diligencia y no victimización secundaria.

Los planes de reparación integral que determine la CEAVI deberán ser atendidos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en un plazo razonable y durante el tiempo que sea necesario para lograr la satisfacción de las víctimas. Asimismo, dichos planes deberán ser debidamente notificados a las mismas víctimas y/o sus representantes, conforme a las obligaciones y procedimientos que contempla la Ley de Víctimas.

C.2. A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

OCTAVO. Dará seguimiento al proceso de la CEAVI en la integración de los respectivos expedientes de la **Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6)** hasta la valoración y determinación de los planes de reparación integral, conforme a los parámetros establecidos en los apartados *IX. Competencia para la emisión del Plan de Reparación Integral* y *X. Conceptos de daños que deben incluirse en la determinación de los Planes de Reparación Integral*, dentro de los plazos establecidos en la propia Ley de Víctimas y su Reglamento, observando en todo momento los principios pro víctima, de máxima protección, debida diligencia y no victimización secundaria.

Los planes de reparación integral que determine la CEAVI deberán ser atendidos por los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en un plazo razonable y durante el tiempo que sea necesario para lograr la satisfacción de las víctimas. Asimismo, dichos planes deberán ser debidamente notificados a las mismas víctimas y/o sus representantes, conforme a las obligaciones y procedimientos que contempla la Ley de Víctimas.

C.3. A LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

NOVENO. Dará seguimiento al proceso de la CEAVI en la integración de los respectivos expedientes de la **Mujer Víctima Directa 1, Niña Víctima Directa 2, Víctima indirecta 1 y Niño Víctima Indirecta 2 (caso 1); Mujer Víctima Directa 5, Víctima Indirecta 6, Niña Víctima Indirecta 7, Adolescente Víctima Indirecta 8, Mujer Víctima Indirecta 9 y Víctima Indirecta 10 (Caso 3); Mujer Víctima Directa 6, Recién Nacido Víctima Directa 7 y Víctima Indirecta 11 (caso 4); Mujer Víctima Directa 8, Niña Víctima Directa 9 y Víctima Indirecta 12 (Caso 5); Mujer Víctima Directa 10, Niña Víctima Indirecta 13, Persona Joven con Discapacidad Víctima Indirecta 14, Hombre Joven Víctima Indirecta 15 y Mujer Víctima Indirecta 16 (Caso 6); y la Mujer Víctima Directa 12 y Recién Nacida Víctima Directa 13 (Caso 8)** hasta la valoración y determinación de los planes de reparación integral, conforme a los parámetros establecidos en los apartados *IX. Competencia para la emisión del Plan de Reparación Integral* y *X. Conceptos de daños que deben incluirse en la determinación de los Planes de Reparación Integral*, dentro de los plazos establecidos en la propia Ley de Víctimas y su Reglamento, observando en todo momento los principios pro víctima, de máxima protección, debida diligencia y no victimización secundaria.

Los planes de reparación integral que determine la CEAVI deberán ser atendidos por la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México en un plazo razonable y durante el tiempo que sea necesario para lograr la satisfacción de las víctimas. Asimismo, dichos planes deberán ser debidamente notificados a las mismas víctimas y/o sus representantes, conforme a las obligaciones y procedimientos que contempla la Ley de Víctimas.

D. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN.

D.1. A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DÉCIMO. En un plazo no mayor a 365 días naturales contados a partir de la aceptación de la Recomendación, realizará un reconocimiento de responsabilidad para los casos materia del instrumento recomendatorio, que deberá ser plenamente satisfactorio, por lo que el formato será acordado con las víctimas y con este Organismo autónomo de derechos humanos.

En este acto la autoridad dará cuenta de la violación al derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, el derecho a la vida, al disfrute del nivel más alto posible de salud reproductiva y su relación con el derecho a la integridad personal, documentados en el presente instrumento recomendatorio; asimismo, externará su compromiso institucional para implementar acciones y estrategias para garantizar una atención ética, profesional y de calidad a las mujeres embarazadas que acuden a la Secretaría de Salud, para que este tipo de violencia por razones de género no sean una práctica normalizada, sino que se tomen las medidas necesarias para que no vuelvan a ocurrir.

DÉCIMO PRIMERO. En un plazo no mayor a 90 días naturales contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación aportará su contenido y el Anexo correspondiente al Órgano Interno de Control en esa Secretaría y solicitará su colaboración para que las evidencias documentadas por este órgano protector de derechos humanos sean consideradas en las investigaciones de responsabilidad administrativa iniciadas por los hechos documentados en los **casos 4, 8 y 9**, que aún se encuentran en trámite.

Una vez hecho lo anterior, las hará del conocimiento del Programa de Lucha contra la Impunidad de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión de Derechos Humanos, con el fin de brindar acompañamiento a las víctimas en el seguimiento a los procedimientos citados.

D.2. A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DÉCIMO SEGUNDO. En un plazo no mayor a 365 días naturales contados a partir de la aceptación de la Recomendación, realizará un reconocimiento de responsabilidad dirigido a las víctimas del caso 6, que deberá ser plenamente satisfactorio, por lo que el formato será acordado con ellas y con este Organismo autónomo de derechos humanos.

En este acto la autoridad dará cuenta de la violación al derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica, al disfrute del nivel más alto posible de salud reproductiva y su relación con el derecho a la integridad personal, documentados en el presente instrumento recomendatorio; asimismo, externará su compromiso institucional para implementar acciones y estrategias para garantizar una atención ética, profesional y de calidad a las mujeres gestantes que acuden a

los Servicios de Salud Pública, para que este tipo de violencia por razones de género no sean una práctica normalizada, sino que se tomen las medidas necesarias para que no vuelvan a ocurrir.

D.3. A LA FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DÉCIMO TERCERO. En un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la aceptación de la Recomendación, la Unidad de Asuntos Internos de esa Fiscalía realizará las siguientes acciones:

- a) Un estudio técnico jurídico de cada una de las carpetas de investigación a cargo del personal ministerial adscrito a la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos por las posibles irregularidades cometidas en la integración de las indagatorias iniciadas en los casos 1, 3, 4, 5, 6 y 8 del presente instrumento recomendatorio, tomando en cuenta las evidencias documentadas en el presente instrumento recomendatorio y sus anexos.
- b) Los resultados obtenidos en cada uno de los estudios técnico-jurídicos solicitados serán notificados a cada una de las víctimas, con el fin de hacer de su conocimiento las irregularidades detectadas en la actuación ministerial y las acciones determinadas por la autoridad.
- c) De acuerdo con las determinaciones resultantes de cada uno de los estudios técnico – jurídicos, dará vista al Órgano Interno de Control y/o al área ministerial competente, conforme a lo procedente en cada caso.
- d) Los procedimientos administrativos y/o penales que sean iniciados se harán del conocimiento del Programa de Lucha contra la Impunidad adscrito a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión para formalizar su incorporación, con el fin de poder brindar acompañamiento a las víctimas en el seguimiento de sus indagatorias, para que las investigaciones se lleven a cabo bajo los principios de legalidad y debida diligencia.

Así lo determina y firma

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

NASHIELI RAMÍREZ HERNÁNDEZ

C.C.P. **MTRO. MARTÍ BATRES GUADARRAMA.** JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. MARÍA GABRIELA SALIDO MAGOS. PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. MARTHA SOLEDAD ÁVILA VENTURA. PRESIDENTA DE LA JUNTA DE COORDINACIÓN POLÍTICA DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA SU CONOCIMIENTO.
DIP. MARISELA ZÚÑIGA CERÓN. PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA SU CONOCIMIENTO.
LIC. ERNESTO ALVARADO RUIZ. COMISIONADO EJECUTIVO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA SU CONOCIMIENTO.
