

Expediente: CDHEZ/583/2014

Persona quejosa: Usuaria del Hospital de la Mujer Zacatecana.

Agraviada: Mujer embarazada y recién nacida usuarias del Hospital de la Mujer Zacatecana.

Autoridad Responsable: Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas.

Derechos Humanos violados:

I. Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica.

II. Derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños.

III. Derecho a la vida e integridad, en conexidad con los derechos de las niñas y niños.

Zacatecas, Zac., a 11 de agosto de 2016, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron el expediente CDHEZ/583/2014, y analizado el proyecto presentado por la Segunda Visitaduría, la suscrita aprobó, de conformidad con los artículos 4, 8 fracción VIII, 17 fracción V, 37, 51, 53 y 56 de la Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con lo dispuesto por los numerales 80, 81, 82, 83, 84, 85 y 86 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, la **Recomendación 11/2016** que se dirige a la autoridad siguiente:

DR. RAÚL ESTRADA DAY, Secretario de Salud de Zacatecas.

I. DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. De conformidad con los artículos 6º, fracción II y 16, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Mexicanos y los artículos 23 y 85 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas, los datos personales de la persona peticionaria y las agraviadas, relacionadas con esta Recomendación, permanecerán confidenciales, ya que sus datos personales no son públicos.

2. Asimismo, en términos de lo dispuesto por los artículos 4º, párrafo sexto, 6º, fracción II, y 16, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 16 de la Convención de los Derechos del Niño, los nombres, apellidos y demás datos personales de niñas y niños vinculados con los hechos de la presente Recomendación, se mantienen bajo la más estricta confidencialidad, en pleno respeto a su derecho a la intimidad y vida privada.

II. RELATORÍA DE LOS HECHOS Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA.

1. la persona peticionaria (en adelante Q) presentó, de conformidad con los artículos 30, 31 y 32 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, una queja en contra de personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, perteneciente a la Secretaría de Salud de Zacatecas, por actos presuntamente violatorios de sus derechos humanos.

Por razón de turno, se remitió el escrito de queja a la Segunda Visitaduría, bajo el número de expediente citado al rubro, a efecto de formular el acuerdo de calificación de ésta, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 55 y 56 del Reglamento de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.

El 15 de septiembre de 2014, la queja se calificó como pendiente, de conformidad con lo establecido por el artículo 56, fracción VI, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, citándose en consecuencia, a Q a realizar diversas aclaraciones respecto a los hechos materia de su queja.

2. Los hechos materia de la queja consistieron en lo siguiente:

El 3 de julio de 2014, aproximadamente a las 16:30 horas, Q, acudió al Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Secretaría de Salud de Zacatecas, para atención de su parto, debido a dolor obstétrico y ruptura prematura de membranas con salida de líquido amniótico de dos horas de evolución. Fue valorada, y aproximadamente 20 minutos más tarde, se le ingresó al área médica de toco cirugía, ya que presentaba proceso febril materno y taquicardia fetal.

Después de aproximadamente 6 horas, dos médicas cirujanas ingresaron a la agraviada al quirófano, a fin de practicarle una cesárea, pues presentaba ruptura de membranas, trabajo de parto fase latente, síndrome febril y taquicardia fetal.

La recién nacida (en adelante A2), hija de Q, nació a las 22:44 horas, del día 3 de julio de 2014, presentando un Apgar de 6-9, sin complicaciones aparentes y sin que se le diera, a ella o a su pareja, información sobre el pronóstico de riesgo que representaba la recién nacida, ni las posibles complicaciones que se pudieran derivar por haberse encontrado líquido amniótico fétido con cavidad uterina eutermica.

El día 4 de julio de 2014, a las 3:07 horas, Q es ingresada nuevamente a quirófano por presentar un hematoma en comisura izquierda de histerorrafia. Posteriormente es trasladada al área de recuperación, donde permanece hasta el día 07 de julio de 2014, fecha en que recibe su alta médica.

Sin embargo, el 31 de agosto de 2014, la agraviada acude al Hospital General de Zacatecas, perteneciente a la Secretaría de Salud de la entidad, en donde es referida al Hospital de la Mujer Zacatecana, a fin de que se valore y brinde un tratamiento oportuno por parte del servicio de ginecología y obstetricia. Por lo cual, Q acude a dicho nosocomio, en donde se le realiza una valoración y es ingresada con diagnóstico dediscesia secundaria a incisión quirúrgica vs absceso de pared o pelvis. Posteriormente, se le practica un ultrasonido de pared, que revela que la existencia de pequeños ceromas de pared abdominal. La agraviada recibe el alta en fecha 01 de septiembre de 2014.

En lo que respecta a A2, su nacimiento se registró el 03 de julio de 2014, a las 22:44 horas, con edad gestacional de 37 semanas y fue diagnosticada con antecedente de coriamnioitis materna y datos leves de dificultad respiratoria; motivo por el cual permaneció hospitalizada 7 días. Sin embargo, consta en el expediente clínico que la recién nacida recibió diversas indicaciones y solicitudes de realización de estudios, mismos que no se practicaron de manera oportuna. Situación que comprometió la atención pediátrica que ésta recibió, presentándose posteriormente un shock séptico severo refractario, enterocolitis necrozante etapa III y falla orgánica múltiple, lo que produjo la muerte del producto.

Actualmente, la agraviada presenta una afectación a su estado psicoemocional y deterioro en su estado físico, a causa de la atención deficiente que ha recibido por parte de los servicios de salud pública de la entidad. Asimismo, debe destacarse que, hasta la fecha, ni la agraviada ni sus familiares han recibido atención psicológica después del parto, lo que ha impedido que ésta retome su proyecto de vida.

3. El 01 de octubre de 2014 el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, presentó su informe, en donde se detalla la atención médica que le fue proporcionada a Q en dicho nosocomio.

III. COMPETENCIA.

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas es competente, en los términos de los artículos 1º, 4º, 6º, 8º fracción VII, inciso A) y 31 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con los numerales 15, 16 y 17 de su Reglamento Interno, en razón de que la queja se promueve en contra de

servidores públicos de la Secretaría de Salud de Zacatecas, por hechos ocurridos en el año 2014.

2. De conformidad con los artículos 55 y 56 del Reglamento Interior de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, este Organismo advierte que los hechos se puede presumir la violación de los derechos humanos de Q y A2, así como la responsabilidad por parte de los servidores públicos señalados.

3. Esta Comisión presumió la violación de los siguientes derechos:

- a) Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica;
- b) Derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, y
- c) Derecho a la vida e integridad personal, en conexidad con los derechos de las niñas y niños.

IV. PROCEDIMIENTO ANTE LA COMISIÓN.

Con la finalidad de documentar las presuntas violaciones a derechos humanos, así como para determinar la existencia o no de responsabilidad por parte de los servidores públicos señalados, este Organismo realizó las siguientes actuaciones:

1. Entrevistas a las personas relacionadas con los hechos:

- Se entrevistó a Q, persona peticionaria y agraviada.
- Se recabó declaración a personal médico residente del Hospital General de la Mujer Zacatecana.
- Se recabaron las comparecencia de los siguientes servidores públicos relacionados con los hechos:
 - o Médico anesthesiólogo del Hospital de la Mujer Zacatecana, y
 - o Médico del Hospital de la Mujer Zacatecana.
- La Q presentó ampliación de su queja, a fin de detallar diversos aspectos de la atención médica que tanto ella como su A2, recibieron por parte del personal médico de la Secretaría de Salud de Zacatecas.
- Se realizó entrevista al Jefe del área de neonatología del Hospital de la Mujer Zacatecana.
- Se compareció al cirujano pediatra en el Hospital General de Zacatecas.

2. Solicitudes de informes:

- Se solicitaron diversos informes a las autoridades señaladas como responsables:
 - o Director del Hospital de la Mujer Zacatecana.
 - o Director del Hospital General de Zacatecas.
- Se solicitó un informe, en vía de colaboración, a personal médico, derivado de la atención médica que éste le brindó a la agraviada.
- Se requirió informe al Director del Hospital General de Zacatecas.
- Se solicitó ampliación de informe al Director del Hospital de la Mujer Zacatecana.
- Se solicitó a la directora de la UNEME de Urgencias, informe acerca de la atención que se brindó a la agraviada.

3. Recopilación de información:

- Se recibieron diversos informes médicos, presentados por:
 - o Director del Hospital de la Mujer Zacatecana.
- Se remitió, por parte del Encargado de la Dirección del Hospital General de Zacatecas, nota médica de la atención brindada a la agraviada.
- Se remitió ampliación del informe presentado por el Director del Hospital de la Mujer Zacatecana, relativo a la atención médica que se le proporcionó a Q. Así como resumen clínico de la atención brindada a su hija recién nacida, emitido por el Jefe de neonatología de dicho nosocomio.

4 Recopilación y consulta de documentos:

- Consulta de los expedientes clínicos de Q y A2.
- Nota médica de Q, emitida por personal médico de la Unidad de Especialidades Médicas de Urgencias Zacatecas.

5. Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones médicas:

- Se solicitó al Director del Instituto Zacatecano de Ciencias Forenses de la Procuraduría General de Justicia del Estado, dictamen pericial acerca de la atención médica brindada a Q y A2.
- Fueron remitidas, a esta Comisión, opiniones médicas emitidas por médica colíder de Global Doctor Choice México y perita en criminalística de la Academia Internacional de Formación en Ciencias Forenses, AIFCF, acerca de la atención médica brindada a Q y a A2.
- La médica general adscrita al Departamento de medicina legal del Instituto de Ciencias Forenses de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas, envió dictamen de responsabilidad médica, relativo a la atención médica que se le brindó a las agraviadas.

V. PRUEBAS.

Con base en lo estipulado en los artículos 48 y 49 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, en relación con los numerales 64 y 65 del Reglamento Interior de este Organismo, durante el procedimiento realizado por esta Institución se recabaron los elementos probatorios documentales, así como las declaraciones, dictámenes médicos y demás evidencias que dan sustento a la presente recomendación.

VI. SOBRE LOS DERECHOS VULNERADOS.

A) Violación al derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, en relación a no ser víctimas de violencia obstétrica.

1. El derecho de las mujeres a no ser objeto de discriminación y violencia se encuentra reconocido tanto en el sistema normativo nacional como internacional (regional y universal) de protección de derechos humanos. La adopción de instrumentos que salvaguardan este derecho, refleja un reconocimiento de los Estados a la situación histórica de subordinación y marginación que han experimentado las mujeres en la sociedad, así como un consenso de que la violencia contra éstas, constituye un problema público que debe ser atendido, a través de acciones estatales para su prevención, atención, sanción y finalmente, para su erradicación.

2. En este sentido, los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconocen la igualdad de las mujeres y prohíben toda discriminación motivada por su género, buscando así garantizar su derecho a una vida libre de violencia. Asimismo, conforme a lo establecido en el tercer párrafo del artículo 1º constitucional, las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar que las mujeres ejerzan libre y plenamente todos los

derechos y libertades reconocidos en nuestra constitución y en los tratados internacionales en los que el estado mexicano sea parte.

3. Por ello, es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o lo discrimine en el goce de derechos que sí se les reconocen a quienes no se consideran en tal situación de inferioridad¹. Así, el derecho a la igualdad compromete al estado mexicano a prevenir, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer; ya que ésta se traduce en el menoscabo o anulación del reconocimiento y ejercicio de cualquiera de sus derechos.

4. El artículo 6 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer establece que el derecho de éstas a una vida libre de violencia incluye, entre otros: el derecho a ser libres de toda forma de discriminación, y el derecho a ser valoradas y educadas libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Para garantizar este derecho, el Estado debe adoptar medidas específicas, tanto de carácter legislativo como administrativo, orientadas a erradicar cualquier acción o conducta que, basada en su género, le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado². Dicha obligación implica que, los Estados no sólo deben abstenerse de incluir normas o políticas discriminatorias que afecten la igualdad de las mujeres, sino que deben adoptar un papel activo para garantizar que éstas disfruten plenamente del ejercicio de sus derechos humanos libres de toda discriminación.

5. En razón a lo anterior, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que el estado mexicano debe generar y coordinar acciones que favorezcan el desarrollo y bienestar de las mujeres, conforme a los principios de igualdad y de no discriminación; las cuales deben garantizar la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de la todos los tipos y modalidades de la violencia contra éstas, durante todo su ciclo de vida. De manera particular, los Estados están obligados a tomar en cuenta aquellas situaciones que coloquen a las mujeres en vulnerabilidad en razón de su raza, edad, condición étnica, situación socioeconómica o bien, por su condición de embarazo, discapacidad, de migrante, desplazada, entre otros³.

6. En lo concerniente a la salud de las mujeres, el marco normativo nacional y estatal, prevén la responsabilidad del estado mexicano de garantizar que, en la prestación de los servicios del sector salud, se respeten los derechos humanos de éstas⁴. Por su parte, la Convención para la Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer obliga al estado mexicano a adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica y garantizar su acceso a servicios de atención médica, así como a servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio⁵. Es decir, el Estado debe garantizar que los servicios de atención médica, relacionados con el embarazo, parto o periodo posterior a éste, atiendan el punto de vista, necesidades e intereses propios de las mujeres. Asimismo, se deben adoptar medidas que permitan el acceso oportuno a éstos y a los servicios obstétricos de emergencia, de forma que los embarazos, partos y puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad⁶. Ello, debido a que la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo puede ocasionar una afectación a su integridad física y emocional o incluso, vulnerar su derecho a la vida.

7. Si bien la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no incluye una definición de la violencia obstétrica, las leyes locales de Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas, sí tipifican a ésta entre los tipos de violencia contra las mujeres. En este sentido, dichas leyes buscan proteger a las mujeres de todo acto u omisión por parte del personal de salud que las dañe, lastime o denigre durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la negligencia en su atención

¹Cfr. Artículo 1 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en relación con los casos González y otras vs. México, Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, 16 de noviembre de 2009; y Atala Riffoy niñas vs. Chile, Fondo, reparaciones y costas, 24 de febrero de 2012. Así como con la Opinión Consultiva OC-8/84, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

² Artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

³ Artículo 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

⁴ Cfr. Artículo 46, fracciones II y X y 49 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia y artículo 41 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Zacatecas.

⁵ Art. 12 de la Convención para Eliminar todas las formas de discriminación contra la Mujer.

⁶ Cfr. Contenido de la Recomendación General No. 24, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, febrero de 1999.

médica. De manera específica, se considera como violencia obstétrica a los siguientes actos:

- Trato deshumanizador hacia las mujeres.
- El abuso de medicación y patologización de los procesos naturales que implican la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.
- La omisión de atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- La práctica de partos por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.
- La omisión de atención prenatal oportuna y eficaz.
- La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Entidad Federativa	Definición de la violencia obstétrica
Chiapas	<p>Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas.</p> <p>Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...]</p> <p>VII. Violencia Obstétrica.- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.</p>
Distrito Federal	<p>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Distrito Federal.</p> <p>Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...]</p> <p>VI. Violencia contra los derechos reproductivos: toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la Ley para la Interrupción Legal del Embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia</p>
Durango	<p>Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia</p> <p>Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...]</p> <p>III. Violencia obstétrica: Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.</p>

<p>Guanajuato</p>	<p>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato.</p> <p>Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...] VII. Violencia obstétrica: es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia médica en su atención médica.</p>
<p>Veracruz</p>	<p>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.</p> <p>Artículo 7. Son tipos de violencia contra las mujeres: [...] VI. Violencia obstétrica: apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.</p>
<p>San Luis Potosí</p>	<p>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí.</p> <p>Artículo 3. Para efecto de la aplicación de los programas y acciones del Estado y los municipios, que deriven del cumplimiento de la presente Ley y del Programa Estatal, así como para la interpretación de este Ordenamiento, se entiende que los tipos de violencia que se presentan contra la mujeres son: [...] IX. Violencia Obstétrica: todo abuso, conducta, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada. b) Omisión de una atención oportuna y eficaz de urgencias obstétricas. c) No propiciar el apego precoz del bebe con la madre, sin causa médica justificada. d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, o uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias. e) Practicar el parto vía cesárea sin autorización de la madre, cuando existen condiciones para parto normal.
<p>Zacatecas</p>	<p>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas</p> <p>Artículo 9. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...]</p>

	<p>VII. Violencia sexual. Se entenderá, así mismo, como Violencia Sexual, a la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, la cual consiste en cualquier acto u omisión que impida o restrinja el libre ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y, por tanto, afecte el ejercicio de la libertad sexual.</p>
--	--

8. La violencia obstétrica se genera en el ámbito de atención del embarazo, parto y periodo posterior a éste, y se manifiesta no sólo a través de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física, la no discriminación, a la intimidad y vida privada, debido a la falta de una atención respetuosa por parte de los servicios de salud. Así, la violación a este derecho se materializa a través del trato irrespetuoso del personal médico o administrativo o bien, de sus actitudes de indiferencia o manipulación de información; la falta de asistencia oportuna; el aplazamiento de la atención médica urgente; la falta de consulta o información sobre las decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, el estado de su hija o hijo, así como de las actuaciones del personal médico sobre éstos o bien, en acciones que pueden derivar en la muerte de las mujeres embarazadas o de sus hijas o hijos.

9. Del análisis del contexto que rodeó a los hechos del caso y atendiendo a los elementos que configuran la vulneración del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, esta Comisión comprobó que el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana vulneró el derecho de Q ejerciendo en su contra conductas constitutivas de violencia obstétrica.

10. De la investigación realizada por este Organismo, se acreditó que Q, acudió el 3 de julio de 2014, a las 16:50 horas, al área de Valoración/Urgencias del Hospital de la Mujer Zacatecana, dado que presentó salida de líquido transvaginal blanco. La agraviada fue valorada por personal médico de dicho nosocomio, quienes señalaron que presentaba adecuada motilidad fetal, signos vitales estables, con fiebre de 38° y una frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto; estableciéndose como diagnósticos un embarazo de 36.2 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 2 horas de evolución.

11. Posteriormente, la agraviada fue ingresada al área de tococirugía - sin que sea posible verificar la hora, ya que la nota de ingreso no la contiene -, en donde el personal médico señala que a lo largo del embarazo se han presentado infecciones de las vías urinarias, que la fiebre aumentó a 38.5° y que la frecuencia cardíaca fetal se registra en 170 latidos por minuto. Se diagnostica embarazo intrauterino de 36.2 semanas de gestación, rompimiento prematuro de membranas, trabajo de parto en fase latente, síndrome febril y paridad satisfecha. Asimismo, se establece como plan terapéutico a seguir la terminación del embarazo quirúrgico; es decir, la necesidad de realizar una cesárea. Sin embargo, la paciente es ingresada a quirófano hasta las 22:20 horas, informándosele que debían realizarle una cesárea, ya que su producto tenía taquicardia.

12. De conformidad con las opiniones médicas y el dictamen pericial recopilados por este Organismo, el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana advirtió la existencia de frecuencias cardíacas fetales consideradas como datos de sufrimiento fetal, por un lapso superior a las 3 horas. Por otra parte, es importante señalar que, desde del ingreso de la paciente a urgencias a su ingreso a quirófano, pasaron casi 6 horas; lo que implica que la agraviada y su bebé, fueron sometidas a un sufrimiento innecesario, debido al aplazamiento en la atención de urgencia obstétrica que requería la agraviada.

13. Aunado a lo anterior, la agraviada es intervenida nuevamente cinco horas después de habersele practicado la cesárea y la salpingoclasia, debido a datos de abdomen agudo, encontrando como hallazgo la presencia de un hematoma localizado en la comisura izquierda de histerorrafia. El cual, a decir del dictamen pericial y las opiniones médicas que obran en el expediente, son consecuencia de un mal cierre uterino. Motivo por el cual, permanece hospitalizada hasta el 7 de junio de 2014, presentando una evolución de regular a buenas condiciones. Acontecimiento que generó un sufrimiento innecesario en agravio de la quejosa, quien semanas después, acudió nuevamente al Hospital de la Mujer Zacatecana para recibir atención por el dolor y molestias que continuó presentando.

14. Asimismo, el dictamen médico destaca que *“no se administró adecuadamente oxigenoterapia a altos flujos como el caso ameritaba, pues se deja a la paciente con puntas nasales a tres litros por minuto, lo cual puede ser insuficiente para las demandas de oxígeno materno – fetales... ella (la paciente) ya contaba con el antecedente de*

ruptura prematura de membrana, llega con fiebre e inmediatamente posterior a su ingreso comienza con sufrimiento fetal agudo...". Situación que sin duda, vulneró el derecho de la agraviada a vivir libre de violencia, al ejercerse en su contra violencia obstétrica por parte del personal médico del referido nosocomio ya que, la inadecuada atención médica que ésta recibió, además de provocar el sufrimiento fetal, favoreció el desarrollo de una serie de complicaciones fetales secundarias. Aunado a lo anterior, no se le brindó información clara sobre las consecuencias y complicaciones que podría presentar su hija con motivo del parto traumático que sufrió. Incluso, refiere Q que sólo se le informó que su bebé tenía bajo peso, pero que se encontraba bien. Lo que sin duda, alentó las expectativas de vida de ésta respecto a su recién nacida; por lo cual, al enterarse de que su hija sería intervenida por una infección en los intestinos, no entendió la razón de ello, dejándola en la incertidumbre acerca de las verdaderas condiciones de salud de su hija hasta el día 9 de julio de 2014, fecha en la que la recién nacida falleció.

15. En adición, esta Comisión advierte la falta de sensibilidad por parte del personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecano, respecto al trato y falta de información respecto a las condiciones de salud que presentó la hija de la quejosa al nacer, así como del diagnóstico o pronóstico que se esperaban a raíz de las complicaciones presentadas durante el proceso de su nacimiento. De igual manera, existe indiferencia e insensibilidad respecto a la manera en que el cuerpo de su hija le fue entregado, ya que la agraviada refiere que se la entregaron fría y morada de la cara, con el cuerpo rígido, con la boca chueca y las manos atadas. Lo que sin duda, creo un impacto emocional en ella.

16. En este caso, la violación al derecho humano a una vida libre de violencia se acredita al no haberse prestado una atención y supervisión médicas oportunas y adecuadas a Q, provocándose con ella el sufrimiento fetal y las complicaciones presentadas posteriormente; situación que pudo haberse evitado si, desde el principio, se hubiera realizado la intervención médica de cesárea que se estableció en el plan terapéutico inicial. Finalmente, la vulneración del derecho de la quejosa a una vida libre de violencia se presenta también debido a la falta de información sobre las verdaderas condiciones de salud y el diagnóstico de su recién nacida. Por lo cual, esta Comisión advierte que se omitió garantizar de forma efectiva la vida prenatal.

B) Violación al derecho a la salud, relacionado con el disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo y puerperio, en conexidad con el derecho a la vida e integridad de las niñas y niños y su derecho al desarrollo y supervivencia.

1. La salud es considerada como uno de los derechos humanos indispensables para garantizar el desarrollo de las personas. En nuestro texto constitucional, el artículo 4º reconoce la protección a la salud como un derecho fundamental directamente exigible por todas las personas ante los poderes públicos. Por su parte, en el Sistema de Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamó que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial... la asistencia médica..."*. Así, la protección de la salud, como normas de reconocimiento de derechos, trae implícitas una serie de obligaciones que mandatan un quehacer a los poderes públicos; lo que ha hecho necesaria su interpretación para determinar el contenido mínimo de este derecho, que debe ser garantizado por los Estados.

2. A nivel universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se constituye como el texto más importante para la protección y definición del derecho a la salud. Así, a través de su artículo 12, reconoce el *"derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"* y establece, ejemplificativamente, cuatro medidas obligatorias para los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho: la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y de medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas y, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad.

3. En correspondencia a lo anterior, la Observación General No.14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas ha dado una amplia concreción al contenido mínimo del artículo 12 del PIDESC, que

⁷ Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

resulta de especial utilidad para la interpretación del derecho a la protección de la salud. En ésta, se concibe a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. El cual, resulta una condición indispensable para asegurar el goce y ejercicio de otros derechos humanos. Asimismo, se especifica que además de garantizar el acceso y la atención médica, entraña el control de las personas sobre su cuerpo, libertad sexual y el derecho a no padecer injerencias sobre el mismo, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales⁸.

4. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el acceso a la salud debe contar con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los mismos.

- La disponibilidad se refiere a la existencia de infraestructura y programas de salud pública en un número suficiente, que permita brindar a la población servicios básicos relacionados con la salud; así como a contar con personal médico y profesional capacitado y los medicamentos esenciales definidos por los estándares de la Organización Mundial de la Salud.
- Respecto a la accesibilidad, el Comité señala que ésta presenta cuatro dimensiones: la primera, relativa al acceso sin discriminación a los establecimientos, bienes y servicios de salud; la segunda, a que los servicios de salud deben estar al alcance geográfico de toda la población, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad; la tercera, a que los establecimientos, bienes y servicios de salud, conforme al principio de equidad, estén al alcance económico de todos; y la cuarta, comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones de salud.
- Por su parte, la aceptabilidad consiste en que los servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas y sensibles al género y al ciclo de la vida, de forma tal que busquen mejorar el estado de salud de las personas.
- Finalmente, en cuanto a la calidad, los servicios de salud deben contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente apropiado y en buen estado⁹.

5. Es importante señalar que, todos los instrumentos referidos hacen especial énfasis en la necesidad de adoptar medidas especiales dirigidas a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como lo son la mujeres y las niñas y niños, principalmente cuando éstas se encuentran embarazadas y éstas y éstos en la etapa prenatal y neonatal. De manera específica. El apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC señala de manera específica que el Estado debe adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y garantizar el pleno desarrollo de las niñas y niños. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha interpretado que esta disposición se refiere a la necesidad de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluidos el acceso a la planificación de la familia, la tensión anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. Asimismo, establece que los Estados deben garantizar, con calidad de prioridad, el acceso de las niñas y niños a servicios esenciales de salud, incluidos los de atención anterior y posterior al parto de la madre¹⁰.

6. En el Sistema de Naciones Unidas, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma – Ata), la Declaración del Milenio y los Objetivos del Desarrollo del Milenio, abordan de manera específica la necesidad de brindar asistencia médico materno-infantil, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Por su parte, en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, los Estados acordaron incrementar la prestación de servicios de maternidad en aras de brindar una atención primaria a la salud de las mujeres. Comprometiéndose así, a la prestación de servicios de atención obstétrica de emergencia, de servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo y el parto, así como asegurar que todos los nacimientos cuenten con la asistencia de personas capacitadas.

7. Respecto a la salud materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, mediante la adopción de su Recomendación General No. 24, ha exhortado a los

⁸ Cfr. Contenido de la Observación General No. 14 del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, 2000.

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem.

Estados a reducir las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. Asimismo, se ha pronunciado por la necesidad de que los Estados presten servicios gratuitos para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Por lo cual, los Estados tienen la obligación de garantizar los servicios de maternidad gratuitos y seguros, incluidos los servicios obstétricos de emergencia; ya que muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas al embarazo¹¹.

8. De manera específica, el Comité de la CEDAW ha recomendado al estado mexicano garantizar el acceso universal a servicios de atención de salud e intensificar sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, instándolo particularmente a adoptar una estrategia amplia de maternidad sin riesgos, a través de la cual se dé prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad. Ello, debido a la alta tasa de mortalidad materna existente, la cual dista de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹². Por su parte, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU recomendó a México *“intensificar los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular mediante la adopción de una estrategia amplia sobre la maternidad segura, en la que se otorgue prioridad al acceso a servicios de atención de salud prenatal, postnatal y obstétrica de calidad”*¹³, así como a *“aplicar las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y de la CEDAW sobre los servicios de salud adecuados y accesibles para reducir la elevada mortalidad materna e infantil entre la población indígena”*¹⁴.

9. Por lo que hace al Sistema Interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos compromete a los Estados a adoptar medidas progresivas para lograr la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales¹⁵. Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, señala en su artículo 12 que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* e insta a los Estados a que reconozcan a la salud como un bien público, que debe ser garantizado a través de la adopción de las siguientes medidas: de atención primaria o asistencia sanitaria esencial que estén al alcance de todas las personas; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación acerca de la prevención y tratamientos de problemas de salud; y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos en situación de vulnerabilidad¹⁶.

10. En el año 2010, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió el informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, en el que dio cuenta de la gravedad del problema de la mortalidad materna como una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente de su derecho a la integridad personal, dado que en la medida que provean servicios adecuados y oportunos durante el embarazo, parto y periodo posterior a éste se asegura el derecho a la integridad de las mujeres. Asimismo, consideró que para garantizar el derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, no basta con asegurar la accesibilidad a los servicios de salud materna, sino que deben garantizarse todas las características de dicho derecho: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. De lo contrario, se están vulnerando las obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación. De igual manera, la Comisión señala que, un número significativo de las complicaciones en el embarazo y parto, generalmente son prevenibles y a costos bajos. Pues, según datos del Banco Mundial, si todas las mujeres tuvieran acceso a intervenciones para atender las complicaciones del embarazo y parto, en especial a cuidados obstétricos de emergencia, un 74% de las muertes maternas podría evitarse. Así pues, la mortalidad materna se encuentra relacionada directamente con formas de discriminación hacia las mujeres, que se traducen en desigualdades en salud entre mujeres y hombres en cuando al disfrute de sus derechos humanos.

¹¹ Cfr. Recomendación General No. 24, supra nota 6.

¹² Cfr. Contenido de las Observaciones finales de los informes periódicos séptimo y octavo combinados de México, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 7 de agosto de 2012.

¹³ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: México*, 11 de diciembre de 2013, párr. 148.155.

¹⁴ *Ibid.*, párr. 148.157.

¹⁵ Art. 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

¹⁶ Art. 12 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

11. En el mismo informe, la Comisión Interamericana identificó que los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos tienen las siguientes obligaciones fundamentales al respecto¹⁷:

- Identificar y asignar recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a servicios.
- Aplicar medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial para que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia, y a la atención previa y durante el parto.
- Incorporar la perspectiva de género y eliminar todas las formas de discriminación de hecho y de derecho que impidan el acceso de las mujeres a servicios de salud materna.
- Priorizar esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que puedan encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujetos de varias formas de discriminación como las mujeres indígenas, afrodescendientes y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.
- Diseñar e implementar políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
- Garantizar el acceso a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos.

12. De manera particular, el informe subraya la necesidad de que se garantice el equipamiento, suministro de medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto o puerperio, así como de personal médico capacitado al interior de los servicios de salud para responder adecuadamente ante las emergencias obstétricas que puedan presentarse, como forma de garantizar un acceso efectivo al derecho de la salud de las mujeres. Igualmente, señala que actitudes como la indiferencia, la insensibilidad o trato irrespetuoso percibido en el personal del sector salud, constituyen una barrera en el acceso a los servicios de salud. Situaciones que se pueden traducir en la afectación al derecho a la integridad física y emocional de las mujeres.

13. En este sentido, la Comisión ha considerado que los casos en que se practican intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos a las mujeres sin su consentimiento o que ponen en riesgo su salud, pueden constituir una violación al derecho a la integridad personal. También lo es la denegación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo que ocasione un daño a la salud, o que le cause un estrés emocional considerable¹⁸. Así pues, a fin de que los Estados den cumplimiento al derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, es necesario que los servicios sean efectivos y de calidad; es decir, que garanticen las intervenciones claves, como la atención de las emergencias obstétricas, a fin de evitar los riesgos y daños prevenibles que se enfrentan actualmente en el campo de la salud materno - infantil.

14. En concordancia con las disposiciones señaladas en párrafos precedentes, el artículo 35 de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas establece que la atención materno infantil posee el carácter de prioritaria, y conlleva la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención de la niña o niño recién nacido y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la vacunación oportuna. Es decir, las autoridades de salud deben no sólo garantizar la atención médica a las madres, sino también la atención a los recién nacidos, en aras de preservar su derecho a la vida y la integridad.

15. En la misma tesitura, 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, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de abril de 2016, estipula que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos. En razón a ello, el personal médico y de enfermería de las instituciones de salud deben estar capacitados para identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas y perinatal para cada embarazo. En relación a lo anterior, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 1998, destaca la importancia de sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud. Asimismo, se hace énfasis en la importancia del consentimiento informado de todas aquellas personas que sean

¹⁷ Cfr. Organización de los Estados Americanos, *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de Derechos Humanos*, Washington, 2010, pág. 7.

¹⁸ *Ibid.*, págs. 11 y 12.

sometidas a una intervención quirúrgica o a cualquier tipo de manipulación a sus organismos.

16. Por lo que respecta al derecho a la salud de las niñas y niños, la Declaración Universal de Derechos Humanos consagra el derecho de la infancia a tener cuidados y asistencia especiales¹⁹. En concordancia, el artículo 12, inciso b) del PDESC, reconoce que el derecho de las niñas y niños a disfrutar del más alto nivel posible de salud se asegura mediante acciones que reduzcan la mortalidad y la morbilidad infantil, así como la implementación de aquéllas que garanticen el sano desarrollo de estos.

17. Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), establece que los Estados deben asegurarla supervivencia, la protección y el cuidado que sean necesarios para el bienestar y desarrollo de las niñas y niños; para lo cual, asegurarán que las instituciones y servicios de sanidad cumplan las normas establecidas para ello. En correspondencia, la Convención establece que los Estados deben: reducir la mortalidad infantil y en la niñez; asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud; y asegurar la atención médica prenatal y postnatal apropiadas. Todo ello, en aras de garantizar la efectividad del derecho de las niñas y los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud²⁰.

18. De manera específica, el Comité de los Derechos del Niño ha abordado el derecho de éstos al disfrute del más alto nivel posible de salud, emitiendo la Observación General No 15, en donde señala que los Estados tienen la obligación de reducir la mortalidad neonatal, realizando para ello intervenciones dirigidas a prestar atención a las complicaciones en los partos prematuros, la asfixia al nacer, el peso bajo, entre otras. Para ello, recomienda fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar dichas intervenciones 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. En el mismo sentido, el Comité manifiesta que la mortalidad y morbilidad prevenibles, asociadas con la maternidad, constituyen graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres que amenazan gravemente su propio derecho a la salud y el de sus hijos e hijas. Asimismo, hace énfasis en la necesidad de identificar en fases tempranas los riesgos de salud que puede conllevar un embarazo, a fin de prevenir y brindar respuestas terapéuticas eficaces contra éstos; así como en el deber de garantizar una atención oportuna y de calidad durante el embarazo y el parto, a fin de brindar importantes oportunidades de desarrollo a las niñas y niños²¹.

19. En lo que al Sistema Interamericano se refiere, la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado²². Medidas que la Corte Interamericana ha interpretado como aquellas referentes a la no discriminación, a la asistencia especial a los niños privados de su medio familiar, a la garantía de la supervivencia y el desarrollo del niño, entre otras. En adición, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, salvaguarda el derecho de toda persona a la salud, señalando la obligación del Estado de brindar atención sanitaria primaria al alcance de todas las personas²³.

20. De lo anterior, advertimos la obligación de los Estados consistente en velar que, en las instituciones, se respete el derecho a la salud de los niños en tanto sujetos de desarrollo. En consecuencia, las autoridades deben asegurar el acceso inmediato de éstos a instalaciones, equipos y medicamentos adecuados que estos requieran para salvaguardar su integridad y vida. Incluso, se estipula que la atención de aquéllos durante el embarazo, parto o puerperio, se considera prioritaria, en la medida que contribuye a asegurar la detección y tratamiento efectivos de riesgos que pueden poner en peligro su integridad e incluso su vida. Pues, en toda circunstancia, el principio del interés superior del niño debe regir en todas las decisiones que se adopten en relación a su salud, ya que la vulneración a este derecho puede tener un impacto negativo sobre el derecho a la vida.

¹⁹Art. 25, párrafo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

²⁰Arts. 3, 6 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

²¹Observación General No. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, del Comité de los Derechos del Niño, 17 de abril 2013.

²²Art. 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

²³Art. 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

21. En el Sistema Universal el derecho a la vida se encuentra reconocido principalmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁴, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²⁵ y la Convención sobre los Derechos del Niño²⁶. Mientras que, en el Sistema Interamericano, este derecho se salvaguarda principalmente a través de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, al establecer que todo ser humano tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona²⁷.

22. Dichos instrumentos se aplican indistintamente para proteger los derechos humanos de las niñas y los niños, toda vez que se concibe a éstos como seres humanos que merecen especial asistencia por ser menores de edad. Así, tanto las disposiciones del PIDESC como la Convención Americana, se aplican en su integridad para la protección de los derechos de la niñez. Al respecto, es importante señalar que la Convención sobre los Derechos del Niño, es la norma internacional que define quien debe ser considerado como tal; ya que en el Sistema Interamericano no se encuentra una definición normativa de éste. En tal sentido, el artículo 1 de dicha Convención establece que se entiende por niño todo ser humano menos de 18 años edad.

23. Por su parte, la Corte Interamericana, a través de su Opinión Consultiva OC-17/02 *Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño*, ha determinado que los Estados tienen el deber de tomar las medidas positivas que aseguren protección a los niños contra malos tratos, sea en sus relaciones con las autoridades públicas, sea en las relaciones interindividuales o con entes estatales. Es decir, los Estados tienen el deber de adoptar todas las medidas positivas para asegurar la plena vigencia de los derechos del niño. Especialmente, en la etapa conocida como primera infancia²⁸, ya que ésta es un período esencial para la realización de los derechos humanos de las niñas y los niños. Por ello, se deben reconocer las vulnerabilidades particulares a que están expuestos en esta etapa, a fin de brindarles protección y apoyo para el ejercicio de sus derechos.

24. En razón a lo anterior, el Comité de los Derechos del Niño, ha emitido la Recomendación General No. 7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, a través de la cual establece que los Estados tienen la obligación primordial de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Por lo cual, se les insta a que adopten medidas para mejorar la atención perinatal para las madres y lactantes, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida. Asimismo, se reconoce que tanto la salud como la supervivencia de las niñas y niños pueden correr peligro por condiciones adversas, negligencia, trato insensible o abusivo, así como por las escasas oportunidades de realización personal. Mismas que es posible superar, en la mayoría de los casos, ofreciendo asistencia y servicios médicos de calidad.

25. En este sentido, podemos advertir que los cuidados de salud que se brinden a las niñas y niños antes y durante su nacimiento, resultan determinantes para garantizar su derecho a la supervivencia y el desarrollo, es decir, su derecho a la vida. Pues durante esta etapa, la realización de sus derechos depende de otros; por lo cual, la adopción de medidas especiales resulta indispensable para evitar negligencias que vulneren su derecho a la vida. Asimismo, todas las decisiones adoptadas en relación a su salud, deben tener en cuenta el principio de interés superior del niño, de tal forma que se apliquen medidas activas para proteger sus derechos y promover su supervivencia, crecimiento y bienestar; ya que, la realización de los derechos de las niñas y los niños dependen en gran medida de la responsabilidad y profesionalismo de quienes lo tienen bajo su cuidado, así como de la calidad y oportunidad de los servicios médicos que se les otorgue. Así, el Estado está obligado a prevenir situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión, a la afectación del derecho a la vida de los menores, ya que el goce de éste es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.

26. En concordancia a lo anterior, el Comité de los Derechos del Niño ha establecido que el descuido o trato negligente, constituye una forma específica de violencia que se comete contra niñas y niños. Pues, el descuido de no atender las necesidades físicas y psicológicas del niño, no protegerlo del peligro y no proporcionarle servicios médicos, de inscripción del nacimiento y de otro tipo cuando las personas responsables de su atención tienen los medios, e conocimiento y el acceso a los servicios necesarios para ello,

²⁴ "Art. 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

²⁵ "Art.6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente".

²⁶ "Art. 6.1. Los Estados Parte reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida".

²⁷ Art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

²⁸ La primera infancia es definida por el Comité de los Derechos del Niño como la etapa que abarca desde el nacimiento hasta los 8 años de edad.

constituye una forma de ejercer violencia en su contra; la cual, puede vulnerar el ejercicio de sus derechos humanos. Por otra parte, define como conductas de trato negligente descuido a las siguientes²⁹.

- El descuido físico, que ocurre cuando no se protege al niño del daño, entre otras cosas por no vigilarlo, o se desatienden a sus necesidades básicas, por ejemplo de alimentación, vivienda y vestido adecuados y de atención médica básica;
- El descuido psicológico o emocional que consiste, entre otras cosas, en la falta de apoyo emocional y de amor, la desatención crónica del niño, la "indisponibilidad psicológica" de los cuidadores que no tienen en cuenta las pistas y señales emitidas por los niños de corta edad y la exposición a la violencia y al uso indebido de drogas o de alcohol de la pareja sentimental;
- El descuido de la salud física o mental del niño, al no proporcionarle la atención médica necesaria;
- El descuido educativo, cuando se incumplen las leyes que obligan a los cuidadores a asegurar la educación de sus hijos mediante la asistencia escolar o de otro modo, y
- El abandono, práctica que suscita gran preocupación y que en algunas sociedades puede afectar desproporcionadamente a los niños nacidos fuera del matrimonio y a los niños con discapacidad, entre otros.

27. En este contexto, los Estados tienen la responsabilidad de regular y supervisar la prestación de los servicios de salud que brindan a todas las personas, particularmente a niños y niñas antes y durante su nacimiento. Ello, en aras de lograr una efectiva protección de sus derechos a la vida y a la integridad personal. Por lo anterior, el Estado México desarrolló el Programa Arranque Parejo en la Vida, como una estrategia que busca asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niñas y niños, desde su nacimiento hasta los dos años de vida. De manera específica, este programa propone como una de sus estrategias *elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico con énfasis en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, promoviendo la adopción de prácticas basadas en evidencias científica(sic), instrumentando programas de capacitación para los distintos agentes de salud, vinculando la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en nuestro país y promoviendo estrategias de sensibilización para el personal de salud.*

28. En el presente caso, derivado del análisis y concatenación de las evidencias que obran en el expediente de queja, se comprueba que el Estado violó el derecho a la salud de Q, en relación con disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo y puerperio y el derecho a la salud de A2, éste último en conexidad con el derecho a la vida e integridad de las niñas y niños y su derecho al desarrollo y supervivencia.

29. Como se ha mencionado en el apartado anterior, Q, quien cursaba su cuarto embarazo, acudió el 3 de julio de 2014 al Hospital de la Mujer Zacatecana debido a que presentó salida de líquido transvaginal. Conforme a los registros de dicho nosocomio, la atención médica se otorgó a la agraviada a partir de las 16:50 horas, siendo diagnosticada con embarazo de 36.2 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas de 2 horas de evolución; motivo por el cual se decidió ingresarla al área de tococirugía, Área en la cual se determinó la necesidad de realizar término de embarazo quirúrgico. No obstante, la quejosa permaneció en dicha área hasta las 22:20 horas, cuando se determinó practicarle una cesárea debido a que la presencia de frecuencias cardíacas fetales consideradas como sufrimiento fetal. La cesárea se realizó sin complicaciones, encontrándose como hallazgo la presencia de líquido amniótico fétido.

30. Durante el periodo post operatorio inmediato, la agraviada presenta síndrome doloroso abdominal, recetándole diversos analgésicos que no hacen ceder el dolor. Motivo por el cual, el 4 de junio de 2014, al ser diagnosticada con abdomen agudo, es ingresada a las 3:07 a quirófano para ser reintervenida de urgencia. Le realizan laparotomía exploradora, reportando en hallazgos hematomas en histerorrafia, el cual es drenado.

31. La evolución de la quejosa fue de regular a buenas condiciones durante el periodo comprendido del 5 al 7 de julio, fecha en la que recibe su alta, con diagnóstico de puerperio mediato secundario a cesárea y oclusión tumbaría con drenaje de hematoma. Posteriormente, en fecha 31 de agosto de 2014, acude nuevamente al área de urgencias

²⁹Observación General No. 13, Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, del Comité de los Derechos del Niño, 18 de abril 2011.

del Hospital por dolor hipogástrico de 2 meses de evolución. Es valorada por el servicio de ginecología y es dada de alta el 01 de septiembre de 2009, con diagnóstico de seromas de pared abdominal, puerperio quirúrgico tardío.

32. Conforme a la opinión médica que obra en poder de este Organismo, basada en el análisis de las constancias del expediente clínico de atención médica brindada a la agraviada, la circunstancia de que la cesárea de Q, no se haya realizado dentro de las 4 horas que establecen los lineamientos técnicos de "Cesárea Segura" de la Secretaría de Salud, por haber sido ésta diagnosticada con ruptura prematura de membranas, fiebre y riesgo potencial de infección para el binomio madre – hijo, revelan la existencia de una mala praxis médica por parte del personal del Hospital de la Mujer Zacatecana. Asimismo, se destaca el hecho de que la demora en la realización de la cesárea urgente, la cual debió realizarse dentro de las 4 horas siguientes a la ruptura prematura de membranas, impidió que se disminuyera al máximo el riesgo de infección y agravamiento de la misma en el binomio madre – hijo.

33. En relación al retraso en la práctica de la cesárea de la agraviada, el dictamen médico emitido por personal de la Procuraduría General de Justicia del Estado, determina la existencia de responsabilidad médica, del tipo imprudencia, en la atención prestada a Q por parte de los médicos tratantes del área de cirugía, al no priorizar la conclusión del embarazo de la agraviada vía cesárea, con el fin de limitar las complicaciones materno – fetales, ya que entre mayor sea el tiempo que transcurre desde la ruptura de membranas, mayor riesgo se tiene de desarrollar un proceso infeccioso, como el que finalmente desarrollo la, y más alto grado de riesgo se tiene de desarrollar una serie de complicaciones fetales secundarias. Asimismo, determina la existencia de negligencia, ya que la administración de la oxigenoterapia que se le brindó a la agraviada no fue la adecuada, pudiendo resultar insuficiente para las demandas de oxígeno materno – fetales que el caso requería.

34. Aunado a lo anterior, la opinión médica refiere que el expediente clínico de la agraviada presenta diversas omisiones que impiden el seguimiento médico adecuado y oportuno de la paciente. Entre dichas omisiones se destaca la contradicción entre la "hoja de autorización, solicitud y registro de la intervención quirúrgica" de las 23:00 horas del 3 de julio de 2014 y la "nota prequirúrgica" de las 20:00 horas, ya que la primera señala que la operación es electiva, mientras que ésta última refiere que es urgente. Asimismo, la inexistencia del reporte de ultrasonido que se menciona haberse realizado el 3 de julio de 2014, en el que se describa el diagnóstico e 36.2 semanas de gestación, la frecuencia cardíaca fetal, las características del líquido amniótico y del cérvix, que se refiere en la "hoja de parto". En adición, se menciona: la ausencia de algunos horarios en las notas médicas, así como de nombres y firmas de quienes las elaboraron; la falta de datos en los formatos de solicitud de transfusión; la ausencia de los datos referentes al médico que proporcionó la información en las actas de consentimiento informado; entre otros.

35. En el mismo sentido, el dictamen pericial recabado por este Organismo, concluye que existe un incumplimiento, por parte del personal médico del área de tococirugía del Hospital de la Mujer Zacatecana, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, ya que éste presenta inconsistencias e incumplimientos. Entre los que se destacan que la "nota de valoración/urgencias" y la "nota de ingreso a tococirugía", ambas de fecha 3 de julio de 2014, así como la "nota de ingreso a piso de ginecología y obstetricia", de fecha 31 de agosto de 2014, no señalan nombre ni firma del médico adscrito, observándose ausencia de los mismos datos en las indicaciones de dicha fecha.

36. Otro aspecto a destacar es que, conforme al dictamen pericial, el formato de "partograma" debe iniciarse desde el momento en que la paciente ingresa al área de tococirugía; sin embargo, la primera valoración se registra hasta las 18:10 horas, siendo que la quejosa fue valorada en urgencias y canalizada a dicha área desde las 16:50 horas. Transcurriendo así, cerca de 2 horas sin que se haya monitoreado la frecuencia cardíaca del producto. En adición, se subraya el hecho de que una vez que se inicia el monitoreo, se detectó un incremento importante en su frecuencia. Actos que violentan las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998 del expediente clínico.

37. El dictamen médico determina que sí existió responsabilidad médica del personal que realizó la cesárea, ya que la segunda intervención a la que fue sometida Q, es consecuencia de un mal cierre uterino, que puede ser producto de una impericia médica, ya que dicha complicación se presentó en el periodo puerperio quirúrgico inmediato. En correspondencia, la opinión médica sugiere que los seromas de pared de la quejosa pueden aumentar de tamaño, por lo que la institución debe atenderla en cada solicitud que ésta realice.

38. Por todo lo anteriormente señalado, esta Comisión arriba a la conclusión de que el personal médico del Hospital de la Mujer Zacatecana, vulneró el derecho a la salud de la agraviada, en razón de que no recibió de manera oportuna la atención médico obstétrica que su caso ameritaba. Situación que se acredita en el retraso de la realización de una cesárea de urgencia, la cual debía habersele practicado dentro de las 4 horas siguientes a la ruptura prematura de membranas, y no 6 horas después de haber ingresado al nosocomio. Asimismo, dichas omisiones del personal de salud, se traducen en un incumplimiento de su obligación de garantizar una protección efectiva a la vida prenatal, lo cual expuso a la agraviada y su producto a un riesgo innecesario.

39. Por lo que respecta a la atención médica brindada a A2, de las constancias que integran su expediente clínico, se advierte que durante el primer trimestre de su etapa prenatal, su madre presentó múltiples cuadros de infecciones urinarias y una complicación en el tercer trimestre del embarazo. Asimismo, consta que el 3 de julio de 2014, Q acude al área de urgencias del Hospital de la Mujer Zacatecana por presentar salida de líquido vaginal, donde es diagnosticada con embarazo de 36 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas (con evolución de 2 horas), síndrome febril y frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto. Motivo por el cual es ingresada al área de tococirugía, estableciéndose como plan terapéutico la terminación del embarazo vía cesárea.

40. Después de transcurridas casi 6 horas desde el ingreso de su madre al nosocomio, se pone fin al embarazo por medio de una cesárea realizada a las 22:15 horas, extrayendo a la recién nacida a las 22:44 horas, identificando que es del sexo femenino, con peso bajo de 2315 gramos y talla de 46 cm. Asimismo, se destaca como hallazgo, por parte del personal de ginecología, la existencia de líquido amniótico fétido, con alto riesgo de infección corioamnioitis materna, bradicardia. Una vez extraída, la recién nacida es trasladada al área de pediatría e ingresada a servicios intermedios, en donde reportan que tiene 37 semanas de gestación, peso adecuado a dicha edad, y un alto riesgo de infección por ruptura prematura de membranas de 6 horas y corioamnioitis materna.

41. El 4 de julio de 2014, se refiere que la recién nacida presenta síndrome de adaptación cardio pulmonar, por lo que ya no tiene aporte de oxígeno suplementario. Asimismo, debido a que los resultados de laboratorio no presentan datos de infección se refiere egresar de cuneros patológicos en brevedad. Sin embargo, el 5 de julio de 2014 la recién nacida es ingresada a cuidados intermedios, ya que presentó vómitos gastrobilíacos y evacuaciones sanguinolentas, dolor a la palpación, movimientos del intestino lentos y murmullo vesicular en pulmones; siendo diagnosticada con enterocolitis necrosante.

42. El 6 de julio de 2014 la recién nacida continua en estado grave, presentando nuevos síntomas como bilirrubinas elevadas y leucopenia. Para el 7 de julio de 2014, la evolución de la recién nacida es grave, presentando aumento de abdomen, con coloración violácea, sin movimiento y con irritación perinatal. Motivo por el cual le son practicados rayos x que revelan síntomas de perforación intestinal. Por lo que se solicita interconsulta de cirugía pediátrica y se pasa a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

43. Durante los días 7, 8 y 9 de julio de 2014 el estado de salud de la recién nacida se deteriora, dada la condición de empeoramiento de la paciente. Finalmente, el 10 de julio de 2014 la paciente fallece, estableciéndose como causas de su defunción falla orgánica múltiple, choque séptico, enterocolitis necrosante y perforación intestinal.

44. Respecto, de la actuación del personal médico en este aspecto, tanto la opinión médica como el dictamen pericial, recopilados por este Organismo, señalan que el personal médico advirtió, por un lapso superior a las 3 horas, la existencia de frecuencias cardíacas fetales consideradas como datos de sufrimiento fetal. Pues, conforme a los registros que realizaron a partir de las 18:10 y hasta las 21:20 horas, se plasmaron frecuencias cardíacas de 178, 194, 174, 170, 168, 167, 171 y 162 latidos por minutos. Lo cual, conforme al dictamen médico emito por una perita de la Procuraduría General de Justicia del Estado, significa que A2 permaneció en sufrimiento fetal por un lapso superior a las tres horas. Motivo por el cual, el dictamen médico determina que sí existió responsabilidad médica, del tipo imprudencia, en la atención que los médicos del área de ginecología y obstetricia del área de tococirugía, les otorgaron a Qy a A2, al no darle una atención prioritaria a la madre, dadas sus manifestaciones clínicas; lo que influyó en las complicaciones del producto.

45. En el mismo sentido, es importante resaltar que, pese a que Q le refirió al personal médico que durante el embarazo presentó diversas infecciones en las vías urinarias, y al

momento de ser valorada fue diagnosticada con fiebre y rompimiento prematura de membranas (con evolución de 2 horas), la presencia de dichos riesgos obstétricos fueron omitidos por las y los médicos que le brindaron atención sanitaria, ya que la extracción oportuna del producto mediante cesárea se realizó casi 6 horas después de que la paciente ingresó a dicho nosocomio. Situación que se traduce en un aplazamiento en la atención de urgencia obstétrica que requería la madre de la recién nacida, a fin de prevenir la aparición de complicaciones que afectaran la salud del producto. Con lo cual, se vulneró no sólo el derecho a la salud de la madre de recién nacida, sino también el derecho a la salud de ésta, ya que como se ha mencionado, la atención médica prenatal y durante el embarazo y parte, constituyen parte del derecho a la salud de los niños y niñas, que inciden directamente sobre el ejercicio de su derechos a la vida, a la integridad, a la supervivencia y al desarrollo.

46. En cuanto a la atención médica que recibió la recién nacida, tanto la opinión médica como el dictamen coinciden en señalar que, pese a que la salud de ésta iba agravándose, y los exámenes de laboratorio mostraban desde el día 6 de julio la presencia de leucopenia importante con predominio de neutrófilos, el tratamiento médico que se le otorgó fue conservador y no se solicitó oportunamente su valoración por sub-especialidad. Asimismo, el dictamen destaca que, a pesar de que desde las 03:00 horas del día 7 de julio se diagnosticó que la recién nacida presentaba una perforación intestinal, ésta fue ingresada al quirófano hasta las 12:35 horas, lo que indica que la paciente permaneció por más de 9 horas sin tratamiento, pese a la gravedad de su estado. En adición, se resalta el hecho de que la cirugía de la paciente tuvo una duración de sólo 20 minutos, tiempo muy breve dadas las condiciones médicas que presentaba. Por lo anterior, el dictamen médico determina que el actuar del personal médico que brindó atención a A2 puede considerarse negligente, sobre todo por parte de quienes realizan la cirugía, ya que ésta pudo no haberse realizado en el momento y formas indicadas.

47. Por otra parte, tanto el dictamen médico como la opinión médica, señalan que el personal que brindó atención médica a A2, incumplió con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Ya que éste presenta: omisiones y confusiones de fechas y horarios en las notas médicas; incongruencias entre las notas e indicaciones de manejo; falta de la hoja de consentimiento informado de los padres, respecto a la laparotomía exploratoria que se le realizó a la menor; inexistencia de la nota de interconsulta por cirugía pediátrica, la cual es substituida por una nota una nota post quirúrgica que incumple por completo por dicha norma; falta de registros, notas o formatos relativos a la práctica de la anestesiología; entre otros. En el mismo sentido, la nota médica destaca que el expediente médico no llevó a cabo un adecuado conteo de las semanas de gestación, ya que en la primera valoración que se le realizó a su madre, se asentaron 26 semanas, mientras que, a su nacimiento, se establecieron 37. De igual manera, dicho expediente no cuenta con los resultados de las radiografías, ultrasonidos y electrocardiogramas y hemocultivos que fueron solicitados en las notas de indicaciones. Situaciones que impiden un adecuado manejo médico del a paciente.

48. Todos estos hechos evidencian la existencia de una mala praxis médica por parte del personal médico de pediatría, toda vez que no se vigiló adecuada y constantemente a la paciente, lo que se traduce en omisión de cuidados, que finalmente contribuyeron al desarrollo de la patología de la recién nacida, la que finalmente falleció por enterocolitis necrotizante. Es decir, no se le proporcionó una atención médica integral, de calidad, ni oportuna, pues de haberse tomado las medidas preventivas desde la atención prenatal, tal y como se establece en las normas oficiales relativas, se podía haber evitado que la paciente presentara esa condición de salud al nacer, así como su posterior desarrollo. En razón a ello, dichas conductas vulneraron el derecho a la salud de la recién nacida, incumpliendo además con la obligación de garantizarle en forma efectiva la protección de la vida y en consecuencia, su derecho a la supervivencia y desarrollo.

VII. CONCLUSIONES DEL CASO.

1. Esta Comisión rechaza la vulneración de los derechos humanos de las mujeres, derivadas de la violencia obstétrica, ya que con ella se provocan graves atentados contra su salud y dignidad. En el caso específico, la violencia obstétrica experimentada por la agraviada derivó en una violación a su derecho a vivir libre de violencia y a gozar del más alto nivel posible de salud durante el desarrollo de su embarazo, parto y puerperio, impidiéndose así el pleno ejercicio no sólo de sus derechos, sino también de los de la recién nacida.

2. En el caso específico de las agraviadas Q y A2, las autoridades señaladas como responsables obstaculizaron el goce de sus derechos humanos, al no brindarles la asistencia y servicios médicos que sus condiciones de salud requerían, pues éstas fueron omisas en tomar en cuenta factores de riesgo que comprometían la salud de ambas, principalmente de ésta última. Asimismo, esta Comisión acreditó que la atención médica brindada no fue oportuna, ya que en ambos casos no se actuó con la rapidez que establecen los propios lineamientos del sector salud. Las cuales derivaron en situaciones evitables, mismas que pusieron en riesgo la salud e integridad de Q, al igual que la de A2.

3. Aunado a la falta de atención prenatal oportuna, A2 no contó con una valoración y seguimiento adecuado, acordes con las condiciones y riesgos de salud que presentaba, a raíz del parto traumático que experimentó. Con lo cual, se vulneró su derecho a la salud, en conexidad con su derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo. Pues, a pesar de presentar un alto riesgo de infección desde su nacimiento, el seguimiento y cuidados que se le brindaron no fueron los adecuados. Incluso, se advierte un retraso considerable en las acciones médicas tomadas una vez que la paciente comenzó a presentar signos de deterioro. Con lo cual, los médicos encargados de su seguimiento, incumplieron con su deber de brindar a las niñas y niños recién nacidos, la atención médica oportuna y suficiente.

4. Esta Comisión considera apremiante la adopción de una política pública que permita garantizar la no repetición de las violaciones a los derechos humanos de las mujeres embarazadas y sus hijas e hijos, de forma que se les brinde un servicio de calidad, accesible, disponible, aceptable y eficiente, que no ponga en riesgo su salud y vida.

5. La Comisión reitera la importancia de aplicar las normas y lineamientos existentes en materia de atención al embarazo. Por lo cual, es urgente implementar programas de capacitación hacia su personal médico, de forma que estos los apliquen de manera puntual.

VIII. REPARACIONES.

1. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con el artículo 51 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, la Recomendación formulada al respecto debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos.

2. Dicha reparación, de conformidad con 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*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, las violaciones de derechos humanos deben contemplar, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de ésta, una reparación plena y efectiva en las formas siguientes: indemnización, restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

A) De la indemnización.

1. La indemnización es una medida compensatoria que busca reparar los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de las violaciones a derechos humanos, entre los que se incluyen: el daño físico o mental; la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; los perjuicios morales; los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos, psicológicos y sociales³⁰.

2. En el caso motivo de esta Recomendación, es procedente el pago de una indemnización, tanto por los daños físicos y emocionales que se le causaron a la agraviada, como por los daños inmateriales producto del daño al proyecto de vida de su

³⁰ Numeral 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*, Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 2005.

hija fallecida. Asimismo, deberán tomarse en cuenta las afectaciones materiales producto de dicho acontecimiento.

3. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 26, 27, 40, 41, 42, 54, 58, 59 y demás aplicables de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Zacatecas, y toda vez que se acreditaron violaciones al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, específicamente a no ser víctima de violencia obstétrica; al derecho a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y el derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños; así como al derecho a la vida e integridad, en conexidad con los derechos de las niñas y niños, en agravio de Q y A2, este Organismo solicita a la Comisión Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas del Estado, realice la inscripción de éstas en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los servicios y al Fondo de Atención previsto en dicha Ley.

B) De la rehabilitación.

1. Las medidas de rehabilitación buscan reducir los padecimientos físicos y psicológicos de las víctimas, a través del otorgamiento de servicios de atención médica, psicológica, jurídica y social que éstas requieran³¹.

2. Por lo tanto, debido a las secuelas de salud que presenta Q, se le deberán ofrecer, de manera gratuita, las evaluaciones y atenciones médicas que ésta requiera en relación con los seromas de pared que desarrolló, a consecuencia de la impericia con que le fue realizada la cesárea.

3. De igual manera, es necesario que se le brinde, de manera gratuita, la atención psicológica especializada que requiera para enfrentar el proceso de duelo que experimentó por la pérdida de su hija. Dicha atención deberá prestarse de forma continua y hasta que alcance su sanación.

C. De las medidas de satisfacción.

1. Estas medidas contemplan la verificación de los hechos y la relevación de la verdad, así como aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a los responsables de las violaciones³². Por lo anterior, se requiere que la Secretaría de Salud de Zacatecas proceda a realizar la investigación administrativa que corresponda, a fin de determinar la responsabilidad y sanciones específicas del personal médico que vulneró los derechos humanos de las agraviadas.

D. Garantías de no repetición.

1. A fin de prevenir la violación de los derechos mencionados en párrafos precedentes, resulta indispensable que la Secretaría de Salud de Zacatecas diseñe e implemente un mecanismo de formación y actualización continua en materia de atención de emergencias obstétricas, a fin de que ésta será oportuna y eficaz.

2. Se implementen programas de capacitación, dirigido a personal médico, en materia de derechos humanos con perspectiva de género, que les permita identificar las acciones u omisiones que generan violencia obstétrica, a fin de incidir en la erradicación de ésta.

IX. RECOMENDACIONES.

Por lo anterior, y con fundamento en los 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los artículos 2, 3, 4, 8, 17, 37, 51, 53, 54, 56, 57 y 58 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas se emiten las siguientes Recomendaciones:

PRIMERA. Dentro de un plazo máximo de tres meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se inscriba a Q en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que, en un plazo máximo de un año, se le indemnice, considerando lo señalado en el apartado VII de esta Recomendación y se envíen a esta Comisión las constancias con que se acredite su cumplimiento.

³¹Ibíd., Numeral 21.

³² Ibíd., Numeral 22.

SEGUNDA. Dentro del plazo máximo de un mes, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se valore y determine si la agraviada requiere de atención psicológica, relacionada con el proceso de duelo acaecido a raíz del fallecimiento de su hija. Y de ser el caso, en un plazo de un mes, posteriores a la realización de dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias para que, en caso de que así lo decida la agraviada, inicie su tratamiento, hasta su total restablecimiento.

TERCERA. Dentro de un plazo máximo de un mes, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se garantice por escrito el otorgamiento de la atención médica necesaria y gratuita que requiera Q, relacionada con los seromas que se le provocaron a raíz de la cesárea que le fue practicada.

CUARTA. Dentro de un plazo máximo de un año, contado a partir de aceptación de esta Recomendación, se capacite al personal médico y de enfermería del Hospital de la Mujer Zacatecana en temas relativos a la atención de emergencias obstétricas, así como en derechos humanos de las mujeres, niñas y niños, relacionados con su derecho al más alto nivel posible de salud durante el embarazo, parto y puerperio. A fin de que identifiquen sus derechos y obligaciones durante la prestación del servicio de atención a embarazos, partos y puerperios.

QUINTA. Dentro de un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se elabore un diagnóstico, objetivo e imparcial, acerca de la calidad y eficacia de la atención médica que se brinda en el Hospital de la Mujer Zacatecana, sobre todo, de aquéllas relacionadas con emergencias obstétricas. Ello, a fin de identificar las deficiencias y elaborar un programa de acción encaminado a erradicarlas, con base en los estándares y normas de derechos humanos relacionados con la atención médica.

SEXTA. Dentro de un plazo máximo de seis meses, contado a partir de la aceptación de esta Recomendación, se implemente una campaña de sensibilización, dirigida a las usuarias y al personal médico, sobre los actos y omisiones que se configuran como violencia obstétrica, destacando el derecho de éstas a recibir una atención digna, respetuosa y oportuna durante el embarazo, parto y puerperio.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 53, párrafo segundo de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, se hace del conocimiento de la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación, que dispone de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se le notifique, para que manifieste si la acepta o no, en el entendido de que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispone de un plazo de 15 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento.

Por último, hágasele saber a la quejosa que, de conformidad con el artículo 61 de la Ley de este Organismo, dispone de 30 días naturales, computados a partir de la fecha de notificación del presente documento, para que en caso de que exista inconformidad con la misma, interponga el recurso de impugnación correspondiente ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Así lo determina y firma

**DRA. EN D. MA. DE LA LUZ DOMÍNGUEZ CAMPOS
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE ZACATECAS**