

## Recomendación General No. 07/2015

Sobre las prácticas médicas y administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que generaron deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos en los hospitales y clínicas del Sistema de Salud Público en el Estado de Yucatán.

Mérida, Yucatán a 29 de diciembre de 2015.

**AL C. SECRETARIO DE SALUD Y  
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN.  
PRESENTE**

- a) En el artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se señala la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los Derechos Humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Asimismo, se establece la obligación del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos. Esto conlleva a que todos los órganos que forman parte de la organización estatal, en el marco de las atribuciones que le son conferidas por la ley, están obligadas a implementar medidas tendientes a prevenir violaciones a los Derechos Humanos y garantizar que sean efectivamente respetados.
- b) Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el artículo 74, de la Constitución Política del Estado de Yucatán; el artículo 10, fracción XI, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán que señala como atribución de este organismo el proponer a las diversas autoridades del estado y municipios, en el ámbito de su competencia que promuevan los cambios y modificaciones a disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de práctica administrativa que, a juicio de la Comisión, redunden en una mejor protección de los Derechos Humanos en tal virtud y de conformidad con el párrafo primero del artículo 110, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán: “La comisión podrá rendir un informe especial o Recomendación General cuando persistan actitudes u omisiones que impliquen conductas evasivas o de entorpecimiento por parte de las autoridades y los servidores públicos que deban intervenir o colaborar en sus investigaciones, no obstante los requerimientos que esta les hubiere formulado”; y con el artículo 125, del Reglamento Interno de esta Comisión: “La Comisión podrá emitir Recomendaciones Generales a las diversas autoridades estatales o municipales, a fin de que promuevan en la esfera de su competencia, las reformas legislativas o reglamentarias necesarias, así como las prácticas administrativas

tendientes a prevenir y a erradicar violaciones a derechos humanos”. Se emite la siguiente Recomendación General:

## I. ANTECEDENTES

- c) Esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán observa con preocupación las condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de salud en el área obstétrica por parte de las instituciones responsables de la salud pública en el estado de Yucatán.
- d) La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, definiéndola como: “El tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.
- e) La Organización Mundial de la Salud (OMS), se pronunció en el 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, reconociendo que: “El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo”.
- f) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en sus recomendaciones 19/2015 y 20/2015 concluye que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de procedimientos naturales, entre otros.
- g) La violencia obstétrica constituye violaciones al derecho a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la información, a la intimidad y vida privada de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados.

- h) La violencia obstétrica va desde el maltrato verbal hasta la negación del servicio médico o tratamiento necesario y oportuno durante el embarazo, parto y/o puerperio, lo que lleva a precisar las modalidades de la violencia obstétrica, es decir, esta violencia puede ser física, psicológica y/o emocional.
- i) Con base en el análisis de 22 expedientes abiertos entre 2005 y 2015 por esta Comisión de Derechos Humanos, se encontraron actos contenidos en la definición de violencia obstétrica:
- Negligencia médica;
  - Prestación indebida del servicio público del sector salud;
  - Negativa o inadecuada prestación del servicio público del sector salud;
  - Violación a la protección de la salud;
  - Omitir dar información sobre el estado de salud;
  - Violación al derecho a la protección a la integridad y
  - Violación al derecho de niñas y niños a la protección de su integridad.
- j) Este organismo autónomo observa con preocupación la violencia obstétrica de la que son víctimas las mujeres en Yucatán. Muestra de ello son los hechos relatados en los 22 expedientes ya mencionados en el párrafo anterior, y de los cuales se presenta una síntesis a continuación:

**a) CODHEY 197/2005.**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La paciente de 17 años de edad llega con trabajo de parto enviada por la Centro de Salud de Celestún al Hospital Materno Infantil de Mérida, después de una hora nace su bebé de 4 kilogramos de peso y 52 centímetros de talla por parto eutócico. Surgen complicaciones durante el parto por lo que sufre un desgarre que logran controlar los médicos sin embargo debido al tamaño del recién nacido, el mismo sufre una elongación del plexo branquial derecho.

La fecha de nacimiento fue registrada el 18 de enero del 2005; el 11 de febrero del mismo año, la agraviada llega a urgencias pediátricas del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" en donde es atendido el bebé, mismo que presenta convulsiones, hipertensión y desviación de la comisura bucal al que se le practican estudios especializados como tomografía y estudios de rutina en sangre cuyos resultados señalan que se trata de una hemorragia subcranoidea, derrame cerebral y una infección por herpes, por lo que en días subsiguientes el estado del recién nacido se agrava, hasta que el día 13 de marzo presenta crisis convulsiva, dificultad respiratoria, tiraje intercostal, nula respuesta a estímulos externos, periodos de apnea acompañados de bradicardia severa, por lo que amerita medidas de reanimación sin que se obtenga respuesta alguna. El personal médico certifica la ausencia de signos vitales y se le considera fallecido con el siguiente diagnóstico: hemorragia intracraneal subcranoidea, sepsis tardía, neuroinfección, síndrome convulsivo, asfixia perinatal, encefalopatía hipoxia isquémica, lesión del plexo branquial y neumonía nosocomial.

**b) CODHEY 611/2006**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La paciente fue sometida a cesárea tipo Kerr y, presuntamente, se le practicó la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) por el médico que la atendió. Se interpone queja ante la CODHEY pues la quejosa manifestó que la OTB fue realizada sin su consentimiento. En un primer momento, el médico que la atiende señala que sí realizó la OTB, pero después cuando el director del Hospital Materno Infantil de Mérida lo cita, el médico precisa que no recuerda haber practicado la OTB. Se solicitan los informes a la autoridad, el expediente clínico es enviado a la Comisión, y efectivamente no hay información sobre el consentimiento informado de la práctica de la OTB. Se cita a la quejosa para realizar un primer estudio en el cual el resultado es negativo. Posteriormente se realiza un ultrasonido en un hospital privado (Centro Médico de las Américas) cuyo resultado es que no existe operación OTB.

**c) CODHEY D.V. 36/2007**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El ciudadano se presenta en la Delegación Valladolid de la CODHEY el día 22 de junio del año 2007 para interponer una queja contra las siguientes autoridades: servidores públicos del Hospital General de Valladolid, Yucatán, dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Yucatán. El motivo de la queja fue la negligencia médica que sufrió su hija, misma que se presentó aproximadamente a las tres de la mañana en el Hospital General de Valladolid debido a que tenía fuertes contracciones. Acto seguido, el médico en turno la examinó y le dijo que todavía no había llegado la hora para el parto, puesto que no presentaba la dilatación correspondiente. El profesional de la salud le señaló que regrese a su hogar. De regreso a su domicilio, la agraviada sufre más contracciones y dolores constantes que no resultaban soportables, motivo por el cual es nuevamente llevada al nosocomio siendo las siete de la mañana. En esta segunda visita al hospital es atendida por la doctora encargada del área de ginecología, le preguntó si apenas había llegado al hospital y auscultó nuevamente a la agraviada y se percató que el producto no se movía. Los implicados señalan que la doctora reclamó la negligencia del médico que había atendido antes a la agraviada. Luego del procedimiento médico, se le informa sobre la muerte fetal intrauterina tardía. Cabe mencionar que en la Evaluación de Expediente Médico, realizado por otro doctor, se señala que la ecografía tomada a la paciente no se encontraba entre los documentos entregados y que debía ser valorada por un especialista de la materia ultrasonografista o radiólogo, es decir, que el ultrasonido no establecía el tiempo de la muerte fetal.

**d) CODHEY DV.44/2008**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El quejoso manifestó que su ahora finada esposa se presentó al Hospital General de San Carlos de Tizimín el día 01 de enero del 2008 para que se le realice una cesárea. El médico le informó sobre el procedimiento y le pidió autorización para realizarlo, pero el doctor no le informó que el Hospital General de San Carlos no contaba con el equipo suficiente para practicar ese tipo de cirugías. Luego de la intervención quirúrgica, la

agraviada presentó complicaciones que derivaron en su deceso. En el informe otorgado por el jefe del servicio de ginecología (mismo doctor que realizó la cesárea), se expone que la agraviada pasó a quirófano a las 10:45 horas, se lleva a cabo la resección de la cicatriz anterior. Se realiza una incisión tipo Kerr y se procede a la extracción cefálica del producto; se intenta alumbramiento sin lograr identificar plano entre placenta y útero a nivel del segmento por lo que se procede a realizar histerectomía obstétrica. El informe continúa y señala la presencia de una lesión de 3 cm. Dado el sangrado abundante por la vascularización de pared posterior de vejiga y paciente inestable (choque hipovolémico) se decide realizar histerectomía subtotal. A las 14:50 horas se presenta el fallecimiento por deterioro progresivo. La intervención se realizó con éxito en cuanto a la terminación del embarazo en lo que respecta al producto, no así para la madre.

En el expediente de la CODHEY, consta que para llevar a cabo con éxito una histerectomía subtotal por sangrado postparto por cesárea, se requiere de equipamiento técnico y humano de tercer nivel y no de segundo nivel que es donde se encontraba la paciente.

**e) CODHEY 167/2008**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán y Policía Municipal de Sotuta.

**Hechos:** Mujer de 30 años con dolores de parto solicita atención al médico responsable del Centro de Salud de Sotuta, pero el médico argumenta que no se encontraba en término para dar a luz; los dolores persisten durante la noche y a la mañana siguiente la mujer regresa al Centro de Salud para solicitar atención, pero se encuentra cerrado, por lo que su madre acude al palacio municipal a solicitar apoyo para trasladarla a la ciudad de Mérida, pero le es negado. La agraviada tiene a su bebé en la puerta del centro de salud y es auxiliada por un médico particular porque no se le brindó la ayuda necesaria por el médico del Centro de Salud de Sotuta.

**f) CODHEY 229/2008.**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El día 05 de agosto del año 2008 la agraviada llega a su cita a las 07:30 horas al Hospital Materno Infantil de Mérida en virtud de su embarazo. Una doctora la atiende y le informa que tiene 8 centímetros de dilatación por lo cual daría a luz de forma inmediata, sin embargo fue hasta cerca de las 15:30 horas cuando la atendieron y nació la bebé. La agraviada señala que cuando nació su bebé notó que no lloró fuerte y cuando se la llevaron para que la alimentara se percató que no tenía fuerza para succionar la leche y la enfermera la regañó diciendo que “no quería alimentarla pero bien que lo hice”.

La agraviada menciona que fue maltratada y vilipendiada con frases obscenas como “tapa tu murciélago”. De la misma forma, la agraviada comenta que los médicos estaban platicando y hablando por teléfono, por lo que no fue atendida con prontitud lo que causó que su hija trague líquido al momento del parto. Otro punto mencionado por la agraviada fue el hecho de que sus familiares preguntaron frecuentemente por ella y la recién nacida, y nadie les brindó información sobre su condición de salud.

La recién nacida es trasladada al Hospital General “Dr. Agustín O’Horan” sin el conocimiento de la madre ni de algún familiar. La agraviada señala que se entera del ingreso de su hija a este nosocomio cuando ella es dada de alta.

**g) CODHEY D.V. 15/2008.**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El día 14 de marzo del año 2008, se presentan ante la CODHEY dos mujeres agraviadas a interponer una queja contra el anestesiólogo adscrito al Hospital General de Valladolid. La primera agraviada manifiesta que mientras era intervenida quirúrgicamente por cesárea tipo Kerr, se le aplicó la anestesia que le produjo sueño, pero que al estar recobrando el conocimiento comenzó a escuchar al servidor público mencionado diciendo en repetidas ocasiones “chúpalo K”, por lo que sintió que le estaba frotando en el rostro su pene hasta que logró introducirlo en su boca. Luego de un tiempo escuchó que el anestesiólogo le preguntaba si recordaba algo. La segunda agraviada manifiesta que el 01 de marzo del año 2006 fue intervenida quirúrgicamente por cesárea tipo Kerr por producto macrosómico. En la sala de quirófano se le aplica bloqueo epidural, por el mismo anestesiólogo del caso anterior, y recuerda que en el momento de la intervención quirúrgica fue cubierta por una tela que separa y cubre el campo visual de la operación. La agraviada señala que el servidor público le estrujaba su miembro contra su cabeza y le pidió que se detuviera, pero el sujeto continuaba con su acción lasciva, inclusive señala que le jalaba del cabello.

La Comisión hace efectivo el principio de concentración en este caso.

En el expediente constan testimonios de compañeras de trabajo del anestesiólogo; en uno de esos testimonios se expone que presenciaron las conductas deshonestas.

De la misma forma, se anexan en este expediente de queja, la comparecencia de otra ciudadana que fue agredida por el mismo servidor público al realizarse una laparoscopia por embarazo ectópico.

Una cuarta agraviada, paciente de cesárea tipo Kerr, comparece en el expediente de queja el día 10 de abril de 2008 contra el mismo servidor público por las mismas circunstancias.

La Comisión pide la medida cautelar de la suspensión del servidor público a fin de que no tenga contacto con pacientes. Los Servicios de Salud de Yucatán informaron el cumplimiento de dicha medida.

Es importante mencionar que las agraviadas interpusieron formal denuncia en el Ministerio Público en contra del citado anestesiólogo. Una de las denunciadas menciona que este el anestesiólogo la amenazó de muerte.

**h) CODHEY 14/2009**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La agraviada de 16 años de edad (primigesta nulípara con embarazo de alto riesgo por edad materna) presentó dolores el 13 de enero de 2009, cerca de las 21:00 horas, por lo que fue trasladada al Hospital Materno Infantil de Mérida para que se le brinde atención médica; sin embargo, el personal del nosocomio le informa que aún no era tiempo para realizar su labor de parto. La quejosa señala que esperaron en el hospital y

que el trato recibido anteriormente se repitió en diversas ocasiones. Los dolores que sufría la agraviada eran cada vez más intensos. Es hasta las 07:00 horas del día siguiente, manifiesta la quejosa (madre de la agraviada) que se realiza una valoración a ésta y es operada hasta las 10:00 horas. El producto nace muerto por Asfixia Perinatal Severa y Síndrome de Aspiración Meconial Masivo. La quejosa señala que al momento de interponer la queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, la agraviada no sabía del estado de su recién nacido.

En este caso se desprende también falta de datos e incorrecta elaboración e integración del expediente clínico de la paciente.

**i) CODHEY 73/2009**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** Expediente acumulado de dos agraviadas contra personal del Hospital General San Carlos de Tizimín.

La primera agraviada asiste al Hospital General San Carlos de Tizimín donde se le canaliza al Hospital General "Dr. Agustín O'Horán". En un primer momento, en Tizimín, se programa un parto por cesárea, pero al llegar al Hospital O'Horán, el médico que la atiende concluye que no es necesaria la intervención quirúrgica, por lo que se le practicaría un parto natural. Luego del procedimiento, el producto nace muerto por doble circular al cuello del cordón umbilical.

La segunda agraviada inicia su trabajo de parto en el municipio de Espita. El Centro de Salud de dicho municipio la canaliza al Hospital General San Carlos de Tizimín. No existen datos de monitoreo de la parturienta. Se realiza una cesárea tipo Kerr, la paciente presentaba una ruptura de membranas de 24 horas. Se produce muerte fetal por asfixia de aspiración de meconio.

**j) CODHEY D.V.25/2010**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El día 19 de agosto del 2010, la agraviada tuvo la primera cita con el ginecólogo del Hospital San Carlos de Tizimín, pero la revisión la realizó una ginecóloga misma que le informó que la operación de parto no pasaba de esa misma semana; posteriormente, la agraviada sintió dolores el día 23 de agosto y cerca de las 16:00 horas acudió al Hospital San Carlos al área de urgencias, ahí le atendió un doctor quien le realizó una primera valoración y le pidió que regresara dentro de unas horas para continuar con la observación, por ello, la agraviada regresa al Hospital cerca de las 22:00 horas y otro doctor le informa que iba a ser ingresada. Su alta médica fue el día siguiente cerca de las 16:00 horas. El día 26 de agosto su suegra acudió al Hospital San Carlos para programar una cita con el ginecólogo la cual fue otorgada para el día 01 primero de septiembre a las 14:00 horas. El día 30 de agosto, cerca de las 6:30 horas regresó al Hospital San Carlos debido a dolores agudos que presentaba, pero fue cerca de las 9:00 horas que fue atendida; se le dio pase para ingresar al quirófano citándola a las 14:00 horas del día 02 de septiembre. La agraviada acude el día y hora señalados, pero una enfermera le dice que regrese al hospital cerca de las 17:00 horas para ingresarla. Y fue hasta las 19:30 horas, aproximadamente, del 02 de septiembre en que un médico le preguntó si la bebé se

movía. La agraviada señala que a las otras pacientes les hacían la revisión con un aparato especializado pero a ella no. Fue hasta las 23:30 horas aproximadamente cuando la agraviada no sentía los movimientos de su hija, mismo hecho que comunicó al personal médico. Se le informa luego a la agraviada, que su bebé probablemente estaba muerta. Fue hasta las 00:30 horas del día 03 de septiembre cuando se le realiza una cesárea de urgencia y se confirma que el producto femenino era óbito. En el certificado de muerte del bebé se establece que la interrupción de la circulación materno-fetal y la condición de postérmino fueron las causas de la muerte.

**k) CODHEY 242/2010**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La queja inicia de oficio por notas publicadas en el Diario de Yucatán, el día 21 de octubre del 2010, en donde el padre de la agraviada hace una denuncia pública por supuestos actos de negligencia médica en contra de su hija. La agraviada fue atendida en un primer momento en el Hospital Materno Infantil de Mérida en donde llega con trabajo de parto pero no evoluciona favorablemente, por lo que le practican cesárea tipo Kerr. El bebé nace estable y los signos vitales de la agraviada eran, de igual forma, estables. Horas más tarde se complica el estado de salud de la agraviada y deciden enviarla al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” por no contar con la infraestructura básica para la atención de la paciente en caso de urgencia. En la nota del historial clínico del Hospital “Dr. Agustín O’Horán” se señala el siguiente diagnóstico: puerperio inmediato postquirúrgico patológico por preeclampsia severa y plaquetopenia, anemia severa y choque hipovolémico grado 4. Se explica a los familiares el diagnóstico y estado de gravedad de la paciente, el cual pone en riesgo la función de los órganos afectados, se reporta como muy grave, se explica a los familiares las probables complicaciones renales, cardiovasculares o cerebrales que puedan existir por patología de base.

La queja fue interpuesta ante la CODHEY por el padre de la agraviada por presunta negligencia médica y señala que la demora en la atención del parto fue lo que provocó su complicación y el fallecimiento de su hija.

**l) CODHEY 03/2011**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** En la sección “Policía” del periódico “POR ESTO!” es publicada una nota cuyo título fuera “Dramática emergencia en Yaxcabá”; la nota mencionada es el detonante para que la CODHEY inicie de oficio el expediente. La nota comienza de la siguiente forma:

*“Alrededor de las 9 de la mañana la comandancia de la localidad recibió una llamada para trasladar a una señora que sufría dolores de parto por lo que asistió un grupo de policías a cargo del comandante Gaspar Padilla, al llegar a la casa de la Sra. L.P.C. de 20 años de edad, que tenía entre 4 y 5 meses de embarazo, observaron que sufría intensos dolores de parto y con hemorragia al ver el estado de la señora, los agentes decidieron no moverla por miedo a lastimarla y pedir que la doctora de guardia de la clínica de salud fuera a revisar y diera algo para detener el sangrado, con el fin de poderla trasladar directamente a una clínica de Valladolid o Mérida. Sin embargo la facultativa se negó a ir atender a la mujer, por lo que no le quedo más (sic) remedio que*



*subir a la paciente a un vehículo para llevarla a una clínica de salud. Al llegar a las puertas y bajarla, ocurrió que el feto cayó al suelo quedando tirado a las puertas de la clínica, en donde se intentó detener la hemorragia que sufría la señora. Sin embargo minutos más (sic) tarde al ver que no cedía el sangrado se trasladó al seguro de Valladolid mientras que el feto quedo a las puertas de la clínica cubierto por una sabana. Varias horas después llegaron los peritos y médicos forenses para el levantamiento del pequeño cadáver y deslindar responsabilidades. El señor R.C.C. de 25 años de edad, explicó que anteriormente su esposa había sufrido una caída pero no pensaron que tuviera alguna repercusión ya que no había sentido ni una molestia, hasta hoy por la mañana que amaneció con un intenso dolor. Al preguntarle el agente del Ministerio Público si deseaba levantar alguna denuncia penal dijo que no, solo quería externar su inconformidad por la mala atención que recibió su esposa por parte de la doctora, y que lo único que pedía es que se le dé un mejor trato a los pacientes. Al menos se hubiera tomado la molestia de ir a la casa a revisar a su esposa, tal vez no se impedía el aborto pero sí se hubiera evitado pasar por todo esto y detener la hemorragia. Agregó (sic) que ignoraba el estado de salud de su esposa, ya que cuando se le traslado a la clínica de Valladolid estaba muy grave...” (Nota copiada textual de la edición del Periódico ¡POR ESTO!).*

El día de los hechos el Centro de Salud de Yaxcabá se encontraba a cargo de una pasante de medicina de servicio social asignada a este Centro de Salud para el período de agosto 2010 a julio 2011, debido a que la doctora responsable se encontraba en periodo vacacional. Aquel día 03 de enero de 2011, la pasante se encontraba dando consultas, eran aproximadamente las 09:15 horas cuando el personal de la policía municipal entró al consultorio a solicitarle que acuda al domicilio de la agraviada quien tenía entre 4 y 5 meses de embarazo, la pasante les pidió que llevarana la agraviada al Centro de Salud lo más pronto posible, ya que ahí contaban con el equipo necesario para atender tal caso de urgencia. Al llegar al Centro de Salud, el personal de policía insiste a la pasante que atienda a la agraviada en la vía pública, misma que se negó asegurando que no era factible, tanto ética como técnicamente. Por lo que los policías proceden a introducir a la agraviada al Centro de Salud, es en ese momento en que el feto cae al suelo.

**m) CODHEY 320/2013**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El compareciente manifiesta que se queja en contra del personal médico del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, siendo que su esposa tiene por parto eutócico un bebé varón en este hospital. La agraviada no tuvo contacto inmediato con el recién nacido, y cuando por fin tuvo contacto con su bebé fue por poco tiempo. La agraviada escuchó que su bebé no se dejaba envolver y gritaba mucho, el médico tratante, presuntamente, dijo: “este bebé va a ser terrible porque tiene mucho carácter al no dejarse envolver”. Los médicos le indicaron que el procedimiento fue correcto y que se le daría de alta al día siguiente. La madre se percata posteriormente, hasta que es dada de alta, que su hijo tiene una fractura en la clavícula, porque se encontraba vendada e inmovilizada.

**n) CODHEY D.T.05/2014**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:**El 25 de enero del año 2014 la agraviada, que cursaba un embarazo gemelar de 21.4 semanas de gestación, acude al Hospital Comunitario de Peto presentando fuertes dolores.Los médicos diagnostican amenaza de aborto. Para evitar la expulsión se proporcionó un tratamiento. La agraviada permaneció en el nosocomio y presentó mayor dilatación, septicemia y anemia, lo cual provocó que su estado de salud se complicara.Al medio día siguiente se ordena el traslado al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, de la capital yucateca, es en este último nosocomio donde la agraviada finalmente falleció a causa de tromboembolia pulmonar, embolia de líquido amniótico y choque anafiláctico.Es menester mencionar que ambos bebés fallecieron.

**o) CODHEY 282/2014**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:**Se inicia queja de oficio por nota periodística. La agraviada llega el 20 de noviembre 2014 al Hospital General de Valladolid para una valoración porque manifestó que se sentía mal y tenía dolores.El embarazo estaba en término.La auscultan en el hospital y la envían de regreso a su casa indicándole que todo estaba bien y que era normal. El día 21 de noviembre ante el malestar y dolor de la agraviada, su hermana la lleva a un consultorio privado donde le practican un ultrasonido obstétrico cuyo resultado demuestra que no hay actividad vital del bebé, trasladándola en ese momento al Hospital General de Valladolid donde le practican un nuevo ultrasonido.El bebé resulta óbito.Es inducida a trabajo de parto eutócico a sabiendas de que el producto era óbito. El acta de defunción del producto señala que fallece por interrupción de la circulación materno-fetal (Oligohidramnios). La agraviada sale del proceso de parto y la situación se complica por un cuadro de preeclampsia.En el Hospital General de Valladolid no pueden controlar el caso y ordenan su traslado a la ciudad de Mérida para ser atendida en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, cuando su estado de salud ya era grave, donde llega con preeclampsia severa, sangrados, shock y síndrome de Hellp. Los médicos no logran controlar la preeclampsia y la agraviada presenta un choque hipovolémico y fallas múltiples provocando su fallecimiento.

**p) CODHEY D.T. 26/2015**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:**El 26 de agosto del año 2014, compareció la agraviada a efecto de presentar una queja en contra del Hospital Comunitario de Ticul, Yucatán, por una presunta negligencia médica por parte del personal médico de dicho nosocomio, por lo que la quejosa refiere lo siguiente: interpone queja en su agravio y en contra del Hospital Comunitario de Ticul, Yucatán, por una negligencia médica cometida en su persona, puesto que el 18 de octubre del año 2012 dio a luz a un hijo en dicho hospital, mediante una cesárea, por lo que se le dio de alta el 20 de octubre de ese año.

Cuando la dieron de alta, el doctor que la atendió y de quien no sabe su nombre, le dijo que tenía que regresar al Hospital Comunitario para que le den un tratamiento puesto que al parecer tiene miomas de gran tamaño.Le informó que dicho tratamiento podría

considerar que le quitaran la matriz, sin embargo, la quejosa manifiesta que en ningún momento sintió algún dolor referente a miomas y que le llamó la atención que no se le hayan realizado estudios para comprobar si existía lo que refería el doctor.

La quejosa manifiesta que en algunas ocasiones sentía que tenía muchos dolores en el vientre, sin que existiera un diagnóstico claro de origen de su malestar. Por tal motivo decidió acudir al Hospital IMSS Oportunidades de la localidad de Oxcutzcab, Yucatán. Los días 17 y 18 de junio del 2014 los doctores de dicho nosocomio, al no tener un diagnóstico claro le solicitaron que se practique un ultrasonido, por lo que tuvo que ir a un doctor particular para que le practicaran dicho estudio y en el Hospital del IMSS le practicaron estudios de rayos X. Una vez practicados todos los estudios que consideraron pertinentes se percataron que al parecer había algo grande en el vientre de la agraviada por lo que la tuvieron que trasladar de manera urgente al Hospital General “Dr. Agustín O’Horan” en la ciudad de Mérida, Yucatán, donde con fecha 19 de junio del 2014 le practicaron otros estudios clínicos mediante los cuales los doctores vieron que lo que tenía era un cuerpo textil a lo que procedieron a realizarle una cirugía el día 22 de junio para extraer de su vientre una bola de carne que en su interior tenía un pedazo de gasa o lo que es lo mismo un cuerpo textil, que había sido dejado por el doctor que le practicó la cesárea.

q) **CODHEY 137/2015**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La hermana de la agraviada presenta una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán. La agraviada con 6 semanas de embarazo se presentó al Centro de Salud de Kanasín, manifestando dolor abdominal agudo, los médicos en turno le indican que ahí no la podían atender porque no contaba con Seguro Popular, además no contaban con el personal y equipo suficiente para atender su caso. Al solicitar su traslado, en un primer momento le niegan la ambulancia y les dicen que únicamente es para emergencias y después de rogar e insistir por el servicio les dieron la ambulancia sin ningún personal médico que las acompañe y el conductor nunca acciona el código rojo, argumentando que no funcionaban las sirenas del vehículo. Al llegar al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, los médicos observan movimientos agudos en el área abdominal y convulsión, por lo que realizan un ultrasonido y notan un embarazo ectópico roto ubicado en el primer tercio de la trompa derecha. Los médicos solicitan autorización para operar aun cuando la paciente tenía una grave pérdida de sangre debido a la falta de atención médica oportuna. Durante la intervención se suscita el paro cardio-respiratorio y los médicos aplican las medidas de reanimación sin obtener éxito, razón por la cual la agraviada fallece. El expediente médico otorgado por el Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” precisa que fue una muerte materna previsible por diagnóstico, pues se trataba de un embarazo ectópico.

r) **CODHEY 235/2015**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** El día 21 de septiembre del año 2015, la agraviada acude al Hospital Materno Infantil de Mérida para valoración y se queda internada por el parto de su ahora hija, que nace el día 22. El día 23 de septiembre las dan de alta, y se van a su casa; sin embargo,

esa misma noche regresa a este hospital debido a que presentaba temperatura alta y dolencias en el abdomen a la altura de la cesárea que le había sido practicada. La revisaron y le indicaron que no había problema, que se le había hecho una pequeña herida en la costura de la cesárea. Posteriormente, al regresar a su casa, la agraviada utiliza los servicios de una enfermera de su confianza y le informa que su herida se veía infectada. La agraviada manifestó en su comparecencia ante la CODHEY que presentaba calenturas antes y posterior a la revisión particular. La quejosa agrega que pasaron 8 días hasta que consiguieron los recursos económicos y poder acudir a un médico particular, quien le indicó que tenía dentro de su herida materia y coágulos de sangre. El médico particular agregó que la materia y los coágulos podrían ocasionar que la herida se abriera y que era tiempo de retirar los puntos. Al día siguiente, la agraviada sintió que la herida se encontraba abierta, como le explicó el médico particular. Es en este momento en que acude al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” para recibir la atención necesaria; en dicho nosocomio permaneció 3 días, y al revisar los estudios que le realizaron, los médicos se percataron que su matriz estaba dañada por la infección. Los especialistas le comentaron que era muy probable que la matriz debiera ser extirpada y que la operación debía ser realizada inmediatamente. La agraviada otorgó la autorización para llevar a cabo el procedimiento médico pero, lamentablemente, se tuvo que extirpar la matriz ya que presentaba partes de la placenta que no se retiraron en el alumbramiento y que dio origen a la infección.

En el momento en que se interpone la queja ante la Comisión, la agraviada se encuentra aún afectada por lo grave de la infección, motivo por el cual la herida no ha podido ser suturada nuevamente. El diagnóstico de salud es reservado.

**s) CODHEY 238/2015**

**Autoridad señalada como responsable:** Servicios de Salud de Yucatán.

**Hechos:** La agraviada acude al Hospital Materno Infantil de Mérida el día 9 de junio del 2015. Aproximadamente a las 04:00 de la madrugada ingresa al hospital para atender su parto, siendo que a las 12:00 horas del mismo día nace su bebé por parto natural. Aparentemente todo estaba en orden hasta que al día siguiente, 10 de junio, la doctora en turno le informa que no puede darla de alta porque sufrió un desgarre de tercer grado, sin embargo, no recibe mayor información y al día siguiente, 11 de junio, es dada de alta por instrucciones del médico en turno. El día 14 de junio presenta un cuadro de infección con fiebre y dolores, además se percata que pasaba excremento por la vagina, por lo que acude el mismo día al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, aproximadamente a las 23:30 horas. Al revisarla el médico en turno le preguntó que si le informaron en el Hospital Materno Infantil de Mérida que había tenido un desgarre perinatal de cuarto grado, a lo que la agraviada respondió que sí, pero que en dicho hospital le dijeron que era un desgarre de tercer grado y que se enteró al día siguiente que le iban a dar de alta y que de hecho no figuraba tal información en su hoja de egreso y contra referencia. El doctor también le comentó que la herida que le hicieron en la vagina estaba mal costurada e infectada y que debían hacerle una colostomía de urgencia, por lo que estuvo ingresada en el Hospital “Dr. Agustín O’Horán” del 17 al 22 de octubre del presente año, pero fue canalizada al Hospital de Alta Especialidad porque en el citado hospital no contaban con el servicio de

Proctología para terminar definitivamente el tratamiento. En el hospital de alta especialidad le cobran una parte de todos los gastos por los servicios médicos, y la compareciente manifiesta que no cuenta con los recursos económicos para cubrirse monto y pagar dichos servicios. La agraviada acude a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán para realizar una gestión ante el Hospital Materno Infantil de Mérida, y así mismo solicitar asesoría y orientación sobre los gastos que ha realizado derivados de la negligencia médica de que fue víctima, además de señalar que se encuentra sin trabajar, pues desde que le practicaron la colostomía le colocaron una bolsa para liberar los desechos de su organismo y ya han pasado tres meses desde que le realizaron la colostomía y no ha podido recuperarse. A la fecha de presentarse ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la agraviada no había sido operada para retirarle la bolsa de la colostomía donde se liberan los desechos de su cuerpo.

#### 11. Expedientes de gestión:

##### a) **GESTIÓN 242/2013**

**Hechos:** La quejosa acude a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán a interponer queja en contra de un médico ginecólogo del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" por presunto maltrato y discriminación, pues la quejosa es una persona que vive con VIH desde los tres años de edad y actualmente se encuentra embarazada y a poco tiempo de tener su parto. La agraviada se desempeña como enfermera en dicho nosocomio. El médico referido al momento de revisar el expediente clínico de la quejosa le comenta que en la hoja de su incapacidad debe poner también el antecedente de su padecimiento, ya que era un riesgo para sus compañeros de servicio. Ella señala que sus compañeros desconocen su condición de VIH por lo que insistió que le entregue un documento solamente por la incapacidad sin anotar su condición de VIH. Únicamente por su insistencia le otorgaron otro documento en donde le daban solamente su incapacidad. La paciente se sintió agredida por el trato que recibió por parte del ginecólogo.

##### b) **GESTIÓN 245/2014**

**Hechos:** El compareciente interpone queja en contra de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (PRODEMEFA) y los Servicios de Salud del Estado en agravio de su pareja quien es menor de edad y su bebé recién nacida quienes se encuentran en el Hospital Materno Infantil de Mérida, toda vez que fue ingresada para dar a luz a su bebé, siendo que ya estaba dada de alta pero no podía salir en virtud de no poder comprobar parentesco legal con ella, por lo que dieron parte a la PRODEMEFA. Únicamente los padres de la madre menor de edad, podían firmar su salida, pero ellos viven en Chiapas y son personas de escasos recursos y no pueden viajar a este estado; por esta razón se solicita la intervención de este organismo.

##### c) **GESTIÓN 78/2015**

**Hechos:** El compareciente se queja en contra del personal del Hospital Materno Infantil de Mérida ya que el compareciente se presentó a dicho hospital con su pareja quien estaba embarazada y presentaba temperatura y dolor de espalda, por lo que al estar ahí le dijeron que pasara para que la revisaran mientras que el compareciente tendría que dar la

información para abrir su expediente clínico, por lo que tenía que dirigirse con una señora, quien en ese momento se encontraba platicando con un guardia. Al momento que iba a pasar su pareja para que la checaran, la mencionada señora empezó a gritar que no la podían pasar, ya que no habían dado los datos para su expediente, y aun explicándole que era un caso de emergencia y que él le daría la información de su pareja, esta persona le contestó que el trámite es personal y tenía que esperar. Por lo anterior el compareciente acudió a presentar su queja ante la trabajadora social, quien le indicó que ella no podía hacer nada ya que ella se encargaba de quejas con relación a la atención a los pacientes, y como el compareciente no era el paciente, tendría que ir a hablar con la administración.

12. De los 22 expedientes anteriores cinco se encuentran actualmente en trámite.
13. Esta Comisión ha emitido cinco recomendaciones relacionadas con la violencia obstétrica, como se citan a continuación:
  - a) **Recomendación 04/2004**  
**Autoridades responsables:** Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán y Hospital Materno Infantil de Mérida.  
**Hechos:** Dilación innecesaria en la realización del parto y ofensas reiteradas por parte del servidor público del Hospital Materno Infantil de Mérida, Yucatán.
  - b) **Recomendación 12/2005**  
**Autoridades responsables:** Funcionarios públicos del Hospital General “Dr. Agustín O’Horan”, del Hospital Materno Infantil de Mérida y del Centro de Salud de Mérida, Yucatán.  
**Hechos:** Muerte del bebé por negligencia médica en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horan”.
  - c) **Recomendación 08/2008**  
**Autoridad responsable:** Hospital General de Valladolid, Yucatán.  
**Hechos:** Muerte del bebé por negligencia médica en el Hospital General de Valladolid, Yucatán.
  - d) **Recomendación 15/2010**  
**Autoridades responsables:** Servidores públicos dependientes de la Secretaría de Salud del Estado y H. Ayuntamiento de Sotuta, Yucatán.  
**Hechos:** Se pone en peligro la integridad de la madre y el bebé al nacer en la calle, debido a que el Centro de Salud de Sotuta, Yucatán se encontraba cerrado y la Policía Municipal no contaba con un protocolo para actuar diligentemente en esos casos.
  - e) **Recomendación 13/2012**  
**Autoridad responsable:** Servidor público dependiente de los Servicios de Salud de Yucatán.  
**Hechos:** Anestesiólogo del Hospital General de Valladolid, Yucatán que realizaba actos lascivos contra las pacientes mientras éstas se encontraban bajo los efectos de la anestesia utilizada en los partos.

14. De las cinco recomendaciones anteriores, cuatro no han sido cumplidas por la autoridad responsable.
15. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos atrajo el expediente de queja CODHEY D.T.05/2014 y emitió la recomendación 24/2014 por la inadecuada atención médica que originó la pérdida de la vida de V1, indígena maya, quien cursaba embarazo gemelar de cinco meses, en el Hospital Comunitario de Peto y en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horan” de Mérida, Yucatán. El día 25 de enero de 2014 V1 ingresó al Hospital Comunitario de Peto, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Yucatán, por presentar fuertes dolores, pero dado que el estado de salud de V1 se complicó, aunado a la inadecuada atención que le brindó el personal médico, al medio día del 27 siguiente, se ordenó su traslado al Hospital General “Dr. Agustín O’Horán” de Mérida, también dependiente de los Servicios de Salud mencionados, donde finalmente falleció a causa de tromboembolia pulmonar, embolia de líquido amniótico y choque anafiláctico; al igual que los productos de la concepción.
16. Como se desprende del estudio de los expedientes integrados por esta Comisión de Derechos Humanos, se encontraron diversas irregularidades en la prestación de la atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio como la falta de atención en casos de urgencia; atención de manera irregular; maltrato a las pacientes; intervenciones quirúrgicas negligentes; falta de información a la paciente o a sus familiares sobre el estado de salud de la madre o su hijo o hija; el trato adverso a la dignidad, poco respetuoso y en muchos casos conductas claramente discriminatorias que afectan al bienestar de las mujeres; lo que redundó en una deficiente atención materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio.
17. En las quejas, con relación al derecho a la protección de la salud también es posible advertir el reiterado incumplimiento por parte de los servidores públicos de hospitales y centros de salud, del marco jurídico internacional, nacional y estatal en materia de salud, así como las normas oficiales mexicanas relacionadas con la calidad de los servicios médicos y la capacitación del personal responsable de la prestación de los servicios de salud en todos los niveles.
18. De las 26 mujeres agraviadas de los casos que tuvo conocimiento esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, cinco fallecieron (44/2008, 242/2010, D.T.05/2014, 282/2014 y 137/2015) representando afectaciones a su integridad personal y vida; y de 22 bebés nueve fallecieron (197/2005, D.V.36/2007, 14/2009, 73/2009, D.V.25/2010, D.T.05/2014 y 282/2014), por lo que se afecta el derecho a la integridad personal y la vida de las niñas y niños. En los expedientes D.T.05/2014 y 282/2014 madre e hijos fallecen.
19. Es necesario recalcar las graves consecuencias a la integridad personal y a la salud que sufrieron madres e hijos/as por el tiempo transcurrido de manera negligente por parte del personal de las instituciones de salud pública, lo que derivó en casos de muerte de madres y bebés o graves afectaciones a la salud de uno o ambos, por no recibir la atención necesaria en el momento oportuno, aun cuando habían acudido a solicitarla, ejemplo de ello son los

expedientes: 36/2007, 44/2008, 167/2008, 229/2008, 14/2009, 73/2009, 25/2010, 282/2014 y 137/2015.

20. En los expedientes 197/2005, 229/2008 y 320/2013 los hechos describen afectación a la integridad física de bebés.
21. En los expedientes 611/2006, D.V.15/2008, 229/2008, 242/2013, 320/2013, 245/2014, 78/2015 se describen hechos donde las mujeres sufrieron violencia psicológica y/o emocional, además de otros tipos de violencia y/o discriminación de que fueron víctimas.
22. En cinco de éstos casos se presentaron omisiones, integración incompleta o inconsistencias en los expedientes clínicos: 611/2006, 36/2007, 14/2009, 73/2009 y 238/2015.
23. Asimismo, de las 26 agraviadas 18 son del interior del estado, siete de Mérida y una del estado de Quintana Roo. También es importante destacar que tres de las madres eran menores de edad, por lo que este organismo autónomo ve con preocupación la falta de protección a los derechos de niñas y adolescentes, dejando de lado el Estado su obligación de velar por el pleno respeto al interés superior de la niñez.
24. En lo que respecta a las instituciones del Sector Salud Público donde sucedieron los hechos, materia de los expedientes, las reincidencias se presentaron de la siguiente manera: nuevecasos en el Hospital Materno Infantil de Mérida, 11 casos en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horan”, tres casos en el Hospital General “San Carlos” de Tizimín, tres casos en el Hospital General de Valladolid y con un caso cada uno los Centros de Salud y Hospitales Comunitarios de Espita, Kanasín, Peto, Ticul, Sotuta y Yaxcabá.
25. De los casos registrados ante esta Comisión, se desprende que las agraviadas presentaban una o varias condiciones de vida que las ponían en mayor grado de vulnerabilidad: ser maya hablante o mujer indígena, ser adolescente, vivir con VIH, condición económica en desventaja, ser migrante, entre otras.
26. Por otra parte, con fundamento en el artículo 10, fracción XVIII, inciso b) de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en el período del 01 de julio de 2013 al 31 de diciembre de 2014, esta Comisión realizó la supervisión a 99 Centros de Salud del Estado, disponible en el informe anual de actividades de 2015<sup>1</sup>, donde se pudo constatar que el problema más grave que enfrentan estas instituciones encargadas de prestar el servicio de salud, es el relativo a la falta de personal de base; como médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda de las y los pacientes y para la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante las diferentes etapas del embarazo, el parto y la atención en el puerperio. Otro grave problema detectado es la falta de capacitación para

<sup>1</sup> Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán.

[http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Informes/Anuales/2015\\_Anejos.pdf](http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Informes/Anuales/2015_Anejos.pdf). Pág. 445.



elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados y la insuficiente supervisión a los residentes o pasantes por parte del personal de salud de base.

27. La falta de personal capacitado de base es un punto importante por atender, ejemplo de ello es el caso del Centro de Salud de Kimbilá, Izamal. En la supervisión se reportó que a pesar de atender al 95% de la población y tener un promedio de 40 consultas diarias, cuenta con un médico de base, un médico pasante, un enfermero de base, un enfermero pasante, un nutriólogo de contrato y un promotor de salud de base, lo cual resulta insuficiente para la adecuada atención a las y los pacientes.
28. Otro punto que se destaca de la supervisión a los centros de salud del estado es la falta de infraestructura requerida, el mal estado de los equipos, el espacio no idóneo para realizar las actividades médicas, la falta de medicamentos, equipamiento y material instrumental insuficiente y obsoleto para realizar intervenciones quirúrgicas, estudios de ultrasonido, análisis clínicos, así como retardos en los diagnósticos; lo que propicia deficiencia en la atención de la salud de las y los pacientes. La falta de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales se presenta como un obstáculo para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud de quienes acuden a estos los centros de salud, incluidas las mujeres durante las diferentes etapas del embarazo, parto y puerperio.
29. De la supervisión a los centros de salud del estado se desprende la falta de conocimiento de la lengua maya por parte del personal administrativo, médico y de enfermería, mismo que reconoció que hasta un 95% de las y los usuarios de sus servicios son mayahablantes. Un resultado al que hay que prestar particular atención es el número de centros de salud que brindan servicios a personas mayahablantes, es decir, el 95% de estas instituciones. Sin embargo, el 60% de los centros de salud no cuenta con personal capacitado mayahablante. El informe arrojó diversas deficiencias, como es el caso del Centro de Salud de Xocepich, Dzitás que reporta que el 95% de usuarios y usuarias son mayahablantes y no contar con personal capacitado para atenderlos en su lengua materna. De igual forma se reportó que el Centro de Salud de Kimbilá, Izamal donde el 60% de sus usuarios y usuarias son mayahablantes y no cuenta con profesionales de la salud capacitados para entablar comunicación con este sector de la población, por lo que se ven en la necesidad de solicitar el apoyo de personal de limpieza que es conocedor de la lengua maya.
30. Por su parte, el Centro de Salud de Holcá, Kantunil, población que tiene 1,900 habitantes y de los cuales el 85% son usuarios y usuarias del centro de salud, su personal precisó que el 50% de sus usuarios y usuarias hablan maya, pero su personal consiste en un médico pasante, un nutriólogo pasante y tres enfermeros pasantes, es decir, no hay personal de base y nadie es mayahablante.
31. La ausencia o mal uso de las ambulancias de traslado se pudo constatar durante la realización de la supervisión a los centro de salud, lo cual pone en peligro la integridad física y la salud de las personas de las comunidades.

32. En cuanto a la atención del parto, el informe de la supervisión a centros de salud señala que los centros supervisados son de primer nivel de contacto, por lo que no están autorizados para atender partos, pues son canalizados a instituciones de segundo o tercer nivel. Es importante mencionar que acuden personas para recibir atención de urgencia, como lo son los partos expulsivos. Sin embargo, el 51% del personal entrevistado precisó no contar con los espacios físicos para atender casos de esa índole, pues resultan ser, de acuerdo con el informe en la mayoría de los casos, insuficientes debido a que se encuentran algunas áreas compartidas, tales como citologías con curaciones y psicología con nutrición. Además, la infraestructura de estas áreas se encuentra descuidada, sin mantenimiento, con moho en las paredes y filtraciones en los techos.
33. El 53% de los entrevistados/as expresó contar con el equipo mínimo para atender dichos partos. En la gran mayoría de los casos el equipo médico de los centros de salud se encontraba en malas condiciones o descompuestos, tal es el caso de los instrumentales quirúrgicos o de curación, equipos de diagnóstico descompuestos, básculas mal calibradas, tanques de oxígeno vacíos, redes de frío descompuestas, camas en mal estado o esterilizadores descompuestos, por mencionar algunos ejemplos.
34. Los centros de salud supervisados que atendieron al mayor número de mujeres embarazadas hasta el momento de la supervisión, fueron: Santa Rosa de Mérida (428 mujeres), Tizimín (320 mujeres), Peto (208 mujeres), Teabo (200 mujeres) y Tekax (183).
35. En cuanto a la atención de partos expulsivos, 34 centros de salud no atienden dichos casos por falta de equipo mínimo y espacio insuficiente; 16 centros no atienden partos expulsivos a pesar de contar con el espacio suficiente y equipo mínimo; cuatro centros atienden los casos teniendo el equipo mínimo pero no el espacio suficiente; cuatro centros atienden los casos sin contar con el equipo mínimo ni con el espacio suficiente; un centro de salud no atiende teniendo el equipo mínimo pero no el espacio suficiente.
36. Cabe señalar tres casos en específico: Progreso, Bokobá y Panabá. En el caso de Progreso el informe señala que el área destinada a la atención de partos expulsivos no se encontraba esterilizada al momento de la supervisión, además se encontraba abierta, la entrada tenía una camilla atravesada y se podía entrar sin inconvenientes al área. Es importante mencionar esto debido que al momento de la supervisión, el Centro de Salud de Progreso tenía registradas a 170 mujeres embarazadas. En Bokobá, el personal manifestó contar con equipo en malas condiciones y puntualizaron que el esterilizador no funcionaba. En el Centro de Salud de Panabá se encontró que carecía del equipo para atender a niños y niñas en casos de emergencia.
37. Finalmente, respecto al horario y días de atención, el 80% de los centros de salud visitados atiende de lunes a viernes y únicamente el 20% labora de lunes a domingo. El horario general de atención comienza a las 07:00 horas y concluye a las 15:00 horas, posterior a este horario únicamente se atienden casos de urgencia. Hay que señalar que los centros de salud que

laboran fines de semana, por lo general sólo atienden casos de urgencia por médicos pasantes o por médicos de contrato.

38. Asimismo, el día 21 de septiembre de 2015 esta Comisión de Derechos Humanos realizó la visita de supervisión al Hospital Materno Infantil de Mérida, hospital del Sector Salud de Yucatán, de la cual se obtuvo la siguiente información: el personal que labora en ese nosocomio, de acuerdo a sus especialidades, incluyendo internos, pasantes y residentes, está integrado por 116 enfermeras; 129 personas entre personal administrativo, paramédicos, nutriólogas y trabajadores y trabajadoras sociales y 73 médicos/as, incluyendo residentes. El personal médico se integra de la siguiente manera: 23 ginecólogos/as, 13 pediatras, 11 anestesiólogos/as, 10 médicos/as generales, 12 internos de pregrado, dos residentes de primer grado de ginecología R1 y dos residentes de tercer grado de ginecología R3.
39. Se señaló que el hospital cuenta con 116 enfermeras, pero para poder realizar efectivamente el trabajo se requiere un mínimo de 189 enfermeras/os de base, pues por la cantidad de usuarias el personal actual resulta insuficiente.
40. Los turnos del Hospital Materno Infantil de Mérida son tres: matutino de 7:00 a 15:00 horas, vespertino de 14:00 a 21:00 horas y nocturno de 20:00 a 7:00 horas. De acuerdo con la información obtenida durante los fines de semana y días festivos, las usuarias del hospital son atendidas por tres ginecólogos/as únicamente.
41. En la visita de supervisión, este organismo se percató de las serias deficiencias de infraestructura y de personal insuficiente con el que trabaja este hospital, pues el número de usuarias rebasa la capacidad de atención que puede otorgarse. De acuerdo con cifras proporcionadas por personal del hospital durante el periodo del 02 de diciembre de 2013 al 25 de diciembre de 2014 se realizaron 3,176 partos naturales y 2,262 cesáreas lo que representa un total de 5,438 partos; y durante el primer semestre del 2015 se realizaron 1,521 partos naturales y 1,055 cesáreas lo que da como resultado 2,576 partos. El Hospital Materno Infantil de Mérida atiende en promedio por día 19 partos, de los cuales siete son cesáreas y 12 partos naturales.
42. Respecto de la distribución de las áreas, en la planta baja del hospital se encuentran las salas de espera, valoración, consulta externa, laboratorio, capacitación, administración, archivo, y lactancia.
43. La planta alta del hospital cuenta con siete cuartos, con cuatro camas y medio baño sin regadera cada uno, además no cuentan con toma de oxígeno. En total cuenta con 30 camas censables: 28 en cuartos y dos en un cuarto aislado, mismo que no cumple con las condiciones necesarias para serlo. También en la planta alta, se encuentran dos quirófanos; una sala de expulsión con tres camas (en muchas ocasiones atienden a tres mujeres al mismo tiempo pues la sala es una sola y las tres camas están adentro, por lo que no hay privacidad en la atención individual); una sala de labor de parto con siete camas; y cinco camas de recuperación.

44. El Hospital Materno Infantil de Mérida únicamente se cuenta con dos equipos de ultrasonido, uno nuevo y otro que se utiliza de manera móvil y que es muy antiguo, además el hospital no cuenta con equipo de rayos X.
45. El área séptica no tiene los requerimientos para su adecuado funcionamiento, ejemplo de ello es que los cómodos hospitalarios son escorados en el suelo luego de ser lavados.
46. Con relación a los quirófanos es necesario precisar que se encuentran muy deteriorados, las mesas para operación son muy antiguas, la mayoría de las lámparas no funcionan, los enchufes se encuentran en mal estado, el aire acondicionado es un minisplit, pues no hay aire acondicionado central. El instrumental con el que operan es muy antiguo. En general los quirófanos presentan serias deficiencias.
47. Hay que señalar que las camas, tanto de la sala de expulsión como de quirófanos, están forradas con bolsas negras grandes porque los colchones están muy deteriorados y rotos y para evitar que se contaminen con fluidos y sangre, el personal ha optado por forrarlos.
48. En el consultorio de valoración hay únicamente dos camas sinpierneras y tres sillas. El personal médico forra con bolsas de plástico y con papel estraza las camas del área de valoración para evitar que las camas se manchen con sangre y fluidos de las pacientes. En valoración se atiende un estimado de 15 a 20 mujeres por turno, de las cuáles 11 en promedio son admitidas diariamente para labor de parto. En esta área sólo hay un/amédico/a y un/a enfermero/a por turno. El promedio de espera para ser atendida en el área de valoración es de una hora. Las necesidades de esta área son: más personal, camas, medicamentos, mejor instrumental, ropa de cama y de cirugía.
49. El Hospital Materno Infantil de Mérida no recibe recursos federales del Seguro Popular porque no cumple los requisitos que exige la acreditación de este Programa de Salud.
50. Algunos datos administrativos que se pudieron recabar durante la visita fueron:
  - a) El módulo de afiliación al Seguro Popular atiende de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes y sábado de 8:00 a 16:00 horas.
  - b) El archivo clínico labora durante todo el día para casos de urgencias.
  - c) Los consultorios de control prenatal están a cargo de dos médicos/as únicamente laborando en el turno matutino y se atienden un total de 25 citas diarias entre ambos consultorios. Una doctora es al mismo tiempo también encargada del área de calidad del hospital, lo que hace que tenga menor tiempo para atender a las pacientes.
  - d) Los dos consultorios de ginecología son atendidos por dos ginecólogos/as únicamente en el turno matutino.
  - e) El consultorio de lactancia materna labora con una persona en el turno matutino.
  - f) El consultorio de especialidades cuenta con un médico en el turno matutino.

- g) El laboratorio que atiende las peticiones de consulta interna y externa cuenta con el siguiente personal: tres químicos/asy un/a técnico/a en el turno matutino, dos químicos/as en el turno vespertino, dos químicos/as en el turno nocturno y dos químicos/as en el turno nocturno y fines de semana. El espacio en el laboratorio es insuficiente lo que resulta peligroso por el material que manejan, así mismo falta personal para atender debidamente la demanda de las usuarias. El laboratorio no cuenta con la prueba de sangre necesaria para las mujeres que no tienen la certeza de estar embarazadas.
  - h) El área de trabajo social cuenta con cuatro trabajadoras sociales en el turno matutino, tres en el vespertino, dos en el nocturno y cinco en fin de semana.
  - i) El área de nutrición cuenta con dos nutriólogas de base y siete pasantes, mismos que atienden la cocina, a pacientes ingresadas y dadas de alta recomendándoles dietas para una buena lactancia materna. El área para el trabajo de nutrición es inadecuado pues antes era la sala de videoconferencias y ahora están las doctoras y las y los pasantes sin privacidad para las consultas y brindar una atención adecuada.
  - j) La unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria cuenta con una doctora, un enfermero, dos psicólogos/as, un trabajador social, un/a asistente, una secretaria y el horario de atención es de 7:00 a 19:00 horas.
51. En el área de neonatología cuentan con cinco cunas de calor, tres cunas de traslado, tres cunas cerradas y dos bacinetes. El Hospital Materno Infantil de Mérida no cuenta con ventiladores neonatales.
52. Respecto a las ambulancias de traslado están en malas condiciones, por lo que se apoyan con la ambulancia del centro de salud contiguo.
53. Las complicaciones más comunes que llegan al hospital son: preeclampsias, eclampsias y hemorragias obstétricas. En el catálogo de patologías está la diabetes en el embarazo, hipotiroidismo y leucemia.
54. Aunque el Hospital Materno Infantil de Mérida únicamente atiende embarazos de bajo riesgo, las complicaciones son canalizadas al Hospital General "Dr. Agustín O'Horán".
55. La mayor parte de la población que atienden es de Mérida, Kanasin, Cautel, Sotuta, Progreso, y la comunidad menonita, de esta última comunidad aproximadamente llegan de tres a cuatro mujeres al mes para su atención de embarazo y parto. Aunque también atienden a pacientes de Campeche y Quintana Roo.
56. Ejemplo claro de la falta de personal se constató el día de la visita de supervisión durante el recorrido por el quirófano, pues llegó una mujer de aproximadamente 35 años de edad en proceso de parto expulsivo, al subirla al área de expulsión de parto para su atención, no se encontraba ni el médico de base ni algún médico residente, por lo que el parto fue atendido por dos pasantes internas de medicina general. Lo anterior es grave pues la atención que

requiere una mujer en proceso de expulsión debería ser atendida por especialistas o por residentes con supervisión de especialistas para evitar una mala práctica médica.

57. El primero de octubre de 2015, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán realizó una visita de supervisión al área de urgencias del Hospital General “Dr. Agustín O’Horán”, donde se atienden emergencias obstétricas, de la cual se presentan las siguientes observaciones:
58. En el área de urgencias del Hospital General “Dr. Agustín O’Horan” se encuentra el área de valoración de ginecología y obstetricia. Hay dos camas de valoración pero ambas están rotas, no cuentan con piñeras y el acceso al único baño para las pacientes está bloqueado por una de las camas de valoración, por lo que no hay privacidad durante la valoración toda vez que no existen pabellones divisorios, y entre la cama y la puerta de acceso al baño hay 30 centímetros de distancia. El baño cuenta con un solo inodoro, no es un área limpia y es muy reducido. El área no cuenta con lavamanos para los médicos, residentes e internos por lo que lo único que les han proporcionado es un gel antibacterial. Resulta preocupante para esta Comisión la situación en la que se encuentra el área de valoración debido a que es el primer contacto con las mujeres que llegan para dar inicio a la labor de parto.
59. El área de espera para entrar a valoración es un pasillo de aproximadamente dos metros de largo por uno de ancho, lo que obliga a las pacientes a esperar de manera incomoda. Para el ultrasonido endovaginal (USG) envían a las pacientes a comprar un condón para poder realizar la exploración porque no tienen condones del sector salud. El área de valoración cuenta también con un área anexa en donde canalizan a las mujeres para entrar en labor, la cual no cuenta con el espacio suficiente para la debida atención a las pacientes. En el área de labor no hay médico/a pediatra.
60. El tiempo que una mujer espera en el área de urgencias para ser valorada y atendida por parto es en promedio de cinco a seis horas, tiempo en el que deben esperar sentadas en un espacio muy reducido.
61. El triage que se encuentra en el área de valoración gineco-obstétricas tiene terminología que la mayor parte de las mujeres no logra comprender. Las y los médicos puntualizaron que al momento de redactarlo no se tomó en cuenta que también debía ser entendido por las pacientes. En realidad el triage solo sirve para las y los médicos, pues las mujeres no comprenden conceptos como: cefalea, acúfeno, vasoespasmo, fósfenos, edemas generalizados, dolor en epigastro, hiperreflexia, crisis convulsivas, entre otros.  
Triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir. Así se ha denominado también al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.
62. Los y las residentes utilizan máquinas de escribir para hacer sus reportes, que son de su propiedad, así como los insumos para su uso, como son carretes de cintas con tinta y hojas de

papel; pues el hospital no cuenta con computadoras. El hospital no tiene asignada un área de descanso para los y las residentes y tienen que resguardar sus objetos personales en un improvisado anaquel, manifestaron que antes los dejaban en otros sitios y fueron víctimas de robo. Llama la atención que aun cuando hay *lockers* para resguardar objetos y estos cuentan con llaves no se proporciona a los residentes.

63. La demanda de atención médica supera el número de camas disponibles en esta área de hospitalización ginecológica y obstétrica, pues es de 25 camas disponibles y la mayoría de las veces hay el doble de pacientes. Además, los baños están en completo descuido, presentan hongos en las paredes y fugas de agua, así como falta de aseo. Los pasillos están sucios y las puertas rotas y sin mantenimiento.
64. En el área de hospitalización ginecológica y obstétrica hay mujeres por diversas complicaciones como: preeclampsias severas y eclampsias, entre otras.
65. El aire acondicionado central presenta fallas en su funcionamiento, pues hay secciones completas como es el del área de hospitalización ginecológica y obstétrica que no cuenta con aire acondicionado por lo que la ventilación se obtiene a través de los ventanales superiores, por lo que es mínimo el aire que circula y viene de la calle, representando un riesgo para la salud de las mujeres. En algunos cuartos fijaron abanicos pero ya no funcionan. Por normatividad oficial no deben utilizarse ventiladores de pedestal ni de pared, pero por el calor intenso no se les puede negar a las pacientes que lleven su ventilador si lo desean.
66. Los equipos de ultrasonidos de todas las áreas están obsoletos, no tienen doppler.
67. En el caso de las mujeres que llegan con preeclampsia, el día de la visita en el área de valoración gineco-obstétrica tenía siete mujeres aproximadamente con este padecimiento y solo tenían dos monitores para brindar la debida atención a las pacientes, razón por la cual tienen que estar cambiando el monitor constantemente.
68. Al momento de la visita, este organismo de Derechos Humanos se percató que los dos quirófanos del área de ginecología y obstetricia no funcionan desde hace más de seis meses porque no tienen aire acondicionado, lo que hace imposible utilizarlos por el riesgo de contaminar las heridas de las mujeres durante la operación o cesárea provocando infecciones.
69. El sistema de aire acondicionado del quirófano no funciona, pues según señaló el personal de este hospital el sistema de aire acondicionado central es muy antiguo data de mediados de los 80's por lo que lo han reparado pero en breve se avería nuevamente. Las lámparas del quirófano ya dejaron de funcionar porque se encuentran sin uso y la humedad ha deteriorado el equipo que sí funciona. Para poder realizar cesáreas o legrados de emergencia recurren al quirófano general pero por la carga de trabajo normal del hospital deben esperar pues las demás especialidades hacen uso del quirófano.

70. En el área de urgencias, para la atención ginecológica y obstétrica hay dos médicos responsables de base, tres residentes de primer grado de la especialidad, dos residentes de segundo grado y un residente de tercer grado.
71. Otra información relevante que se recabó de esta visita, es que en el área de recuperación no sirve el desfibrilador.
72. También, el personal del hospital señaló que se realizan entre seis y ocho legrados al día y no hay insumos suficientes en el área de urgencias para atención gineco-obstétrica.
73. El área de neonatos tienen cunas que funcionan con focos de 30 watts simulando las lámparas que deberían llevar para generar calor, aunque pueden provocar quemaduras en la piel de los recién nacidos. El personal comentó que en ocasiones por la cantidad de partos atendidos han tenido que acomodar hasta tres bebés por cada cuna.
74. El hospital despidió mal olor en la mayoría de las áreas.
75. Las y los médicos reconocieron durante la visita de supervisión que no hay empatía entre las pacientes y las y los médicos atribuible a la falta de infraestructura.
76. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.<sup>2</sup>
77. La OMS señala que “las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan la cuatro consultas prenatales recomendadas”.
78. La OMS indica que otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:
  - la pobreza,
  - la distancia,
  - la falta de información,
  - la inexistencia de servicios adecuados, y
  - las prácticas culturales.

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/).



79. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.<sup>3</sup>
80. El 2000 marcó el comienzo del nuevo milenio con la adopción de la Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países y se tradujo en ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. Dichos objetivos consisten en reducir la pobreza y el hambre, mejorar la educación, hacer frente a las inequidades de género, a los problemas sanitarios y a la degradación del medio ambiente, y crear una alianza mundial en pro del desarrollo.
81. El ODM 5, consiste en mejorar la salud materna y para ello se propusieron dos metas:
- Reducir la muerte materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.
  - Lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015.
82. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) se ven entrelazados para el combate contra los flagelos de la humanidad.
83. El ODS 3 “Salud y bienestar. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” establece una serie de metas relativas al tema de la presente recomendación general, tales como:
1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada cien mil nacidos vivos.
  2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada mil nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada mil nacidos vivos.
  3. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
84. El ODS 5 “Igualdad de género. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” contiene entre otras metas las siguientes:
1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
  2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privados, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
  3. Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

## II. SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

### II.a. La violencia obstétrica como violencia institucional

85. La violencia institucional es definida en la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres como:

“los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno 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” (artículo 18).

86. En el ámbito nacional las siguientes entidades federativas tienen Leyes Estatales de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que precisan que la violencia obstétrica es un tipo de violencia institucional: Veracruz de Ignacio de la Llave, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Colima, Hidalgo, Morelos, Querétaro y San Luis Potosí.

### II.b. La violencia obstétrica como violación al derecho a una vida libre de violencia

87. En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación que les impide el goce de Derechos Humanos en igualdad de condiciones con los hombres.

88. El artículo primero de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer:

“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”.

89. La Convención de Belém do Pará en su artículo 9 impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada, a la letra dice:

“Los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer (...) En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada (...)”.

90. La discriminación contra la mujer es una forma de violencia. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se

garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

91. La Declaración y Programa de Viena de 1993, señala que:

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social”

. . . (18).

### **II.b.1. La violencia obstétrica como violación al derecho a una vida libre de violencia y al derecho a la igualdad y no discriminación**

92. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su Observación general 14, sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)” de 2000, señala en el párrafo 21 que:

“Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer 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”.

93. El punto número nueve de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento para la Convención de Belém do Pará (MESECVI), insta a los Estados Parte:

“Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud”.

94. Por su parte, en el Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os del MESECVI (octubre de 2014), dada la importancia de la perspectiva intercultural, el Comité recomienda nuevamente a los Estados que permitan la inclusión de las poblaciones indígenas a los servicios de salud, con pleno respeto a sus costumbres y pautas culturales.

95. Asimismo, en este mismo informe, respecto del cumplimiento por parte de los Estados del artículo 9 de la Convención de Belém do Pará, el Comité instó a que los Estados brinden

información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas, incluyendo información adaptada para mujeres indígenas, analfabetas y rurales, entre otras, para que estas puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas.

96. Para la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán es importante esta observación luego del análisis de los casos que constituyeron expedientes ante este organismo autónomo, dado que la mayoría de los casos ocurrieron en municipios con alto porcentaje de población maya hablante.

## **II.c. La violencia obstétrica como violación 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, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal.**

### **II.c.1. La violencia obstétrica como violación al derecho a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.**

#### **SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS**

97. De acuerdo con el párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos:

“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

98. También, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales precisa respecto del derecho a la salud:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

..”.

99. El inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, indica que:

“En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

...  
e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:

...  
iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;  
...”

100. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en el apartado f) del párrafo 1) del artículo 11, dice que:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular:

...  
f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”.

101. Yel artículo 12 de la CEDAW, señala que:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

102. El punto 18 de la Declaración y Programa de Viena de 1993, respecto del derecho a la salud relacionado con la maternidad precisa:

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. . .

La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social”

...”

103. Los puntos 24 y 31 de esta Declaración y Programa de Viena también hacen referencia a la obligación de los Estados de garantizar el máximo nivel de salud:

“Debe darse gran importancia a la promoción y protección de los derechos humanos de las personas pertenecientes a grupos que han pasado a ser vulnerables, en particular los trabajadores migratorios, a la eliminación de todas las formas de discriminación contra

ellos y al fortalecimiento y la aplicación más eficaz de los instrumentos de derechos humanos. Los Estados tienen la obligación de adoptar y mantener medidas adecuadas en el plano nacional, en particular en materia de educación, salud y apoyo social, para promover y proteger los derechos de los sectores vulnerables de su población y asegurar la participación de las personas pertenecientes a esos sectores en la búsqueda de una solución a sus problemas”. (Punto 24).

104. El artículo 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, respecto de los servicios de salud afirma:

“1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país”.

105. El artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, puntualiza que:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”.

106. En la introducción de la Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre el Acceso a la Atención Médica (Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial en Viena, Austria, septiembre de 1988, y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006), cita y señala que:

“La constitución de la Organización Mundial de la Salud estipula que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...". El acceso a la atención médica es un concepto multidimensional que incluye un equilibrio de factores dentro de las restricciones prácticas de los recursos y

capacidades de un determinado país. Los factores incluyen recursos humanos, financiamiento, transporte, libertad de elección, educación pública, calidad y asignación de tecnología”.

107. Es así que también que, la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica (Adoptada por la 49 Asamblea General de la AMM, en Hamburgo, Alemania, noviembre 1997), señala:

“1. La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios.

2. La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados, está incluida en los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. Él debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se saben que son eficaces y adecuados, en base al estado del arte de la medicina”.

108. La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre “El derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud” de 2000, indica que:

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente. Asimismo, la salud debe ser entendida como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzarlo”.

109. También la Observación del Comité DESC reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de ahí que todo ser humano por el simple hecho de serlo tiene derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud que le permita vivir de modo digno. La efectividad del derecho a la salud es alcanzable a través de políticas públicas en materia de salud y la aplicación efectiva de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o de la adopción plena de instrumentos jurídicos concretos. El párrafo 11 precisa que:

“el derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”.

110. En el párrafo 12 de esta Observación General, el Comité señala que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) **Disponibilidad.** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- i) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
  - ii) **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
  - iii) **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
  - iv) **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.



- d) **Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

111. El Comité indica en el párrafo 21 que:

“Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer 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. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna.

El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”.

112. El párrafo 27 de la Recomendación General número 24 del Comité de la CEDAW, sobre “La mujer y la Salud (artículo 12 de la CEDAW)”, de 1999 dice que:

“En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. **El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios”.**

113. El Comité de la CEDAW, en el inciso c) del párrafo 31 de esta Observación. Recomienda que:

“Los Estados Partes también deberían, en particular reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal”.

114. Finalmente, el derecho a la salud incluye el derecho a la salud reproductiva, la cual fue definida en el párrafo 7.2 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), como:

“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo no hacerlo, cuándo y con qué

frecuencia, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos”.

## **SISTEMA REGIONAL DE DERECHOS HUMANOS**

115. El derecho a la salud lo encontramos precisado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo 11:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

116. 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) en su artículo 10 cita:

“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

117. El párrafo 3 inciso a) artículo 15 del Protocolo de San Salvador señala:

“Los Estados partes mediante el presente Protocolo se comprometen a brindar adecuada protección al grupo familiar y en especial a conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto”.

118. Es por ello que, la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitió la sentencia del caso *González Lluy y otros vs. Ecuador*, de fecha primero de septiembre de 2015, donde señala en el párrafo 171, que:

“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 puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. 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. Por esta razón, se debe determinar si en el presente caso se garantizó la integridad personal consagrada en el artículo 5.1 de la Convención en relación con el artículo 1.1 de la misma”.

119. En el caso *Suaréz Peralta vs. Ecuador*, de fecha 21 de mayo de 2013, la Corte Interamericana, en las consideraciones generales expone sobre el deber del Estado respecto de los servicios médicos para la protección de la integridad personal. En el párrafo 134, la Corte reitera la consideración previamente señalada en su sentencia del caso *XimenesLopes vs. Brasil*, de fecha 4 de julio de 2006:

“Conforme esta Corte lo señaló en otro caso, “los Estados son responsables de regular [...] con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud. Deben, inter alia, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, [...] presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes”.

120. En el caso *Albán Cornejo y otros vs Ecuador*, de fecha 22 de noviembre del año 2007, la Corte se pronuncia sobre el expediente médico. En el párrafo 68 de este caso se encuentra lo siguiente:

“En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.

De manera general respecto de los servicios de salud, la Corte Interamericana en el párrafo 121 estima:

“La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas”.

121. Para la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán es relevante considerar lo que la Corte Interamericana ha precisado con relación al derecho a la salud en casos de comunidades indígenas. La sentencia *Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay*, de fecha 17 de junio del año 2005, analiza este tema en el párrafo 221:

“El Estado deberá [...] brindar atención médica periódica y medicinas adecuadas para conservar la salud de todas las personas, especialmente los niños, niñas, ancianos y mujeres embarazadas [...]”

122. En la sentencia *Comunidad Indígena Sawhoymaxa vs. Paraguay*, de fecha 29 de marzo de 2006, en el párrafo 177 la Corte Interamericana hace mención a los derechos de las niñas y niños, así como los de las mujeres, estimando un cuidado especial a las mujeres embarazadas:

“En materia de derecho a la vida de los niños, el Estado tiene, además de las obligaciones señaladas para toda persona, la obligación adicional de promover las medidas de protección a las que se refiere el artículo 19 de la Convención Americana, el cual dispone que: “[t]odo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”. Así, por una parte, el Estado debe asumir su posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas especiales orientadas en el principio del interés superior del niño. Lo anterior no puede desligarse de la situación igualmente vulnerable de las mujeres embarazadas de la Comunidad. Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica”.

123. En el caso *Comunidad Indígena XákmokKásek vs. Paraguay*, de 24 de agosto del año 2010, la Corte Interamericana se pronunció respecto de la muerte materna en el párrafo 233:

“Al respecto, la Corte resalta que la extrema pobreza y la falta de adecuada atención médica a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna. Por ello, 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 materna 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. Lo anterior, en razón a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección”.

124. En lo que respecta al derecho a la salud, es preciso retomar el contenido del punto número nueve de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento para la Convención de Belémdo Pará (MESECVI), donde insta a los Estados Parte a:

“Establecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva. Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud”.

125. En este punto es importante precisamos nuevamente lo dicho en el Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os del MESECVI, dada la importancia de la perspectiva intercultural. El Comité recomienda a los Estados que permita la inclusión de las poblaciones indígenas a los servicios de salud, con pleno respeto a sus costumbres y pautas culturales. Por todo esto, el Comité reiteró su recomendación a los Estados de respetar un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación.

## MARCO JURÍDICONACIONAL

126. El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho fundamental a la salud:

“Toda 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

127. En el Artículo 2 de la Constitución Federal apartado B), fracción III), cita:

“Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”.

128. El artículo 61 de la Ley General de Salud, Capítulo V “Atención Materno-Infantil, dispone que:

“El objeto del presente Capítulo es la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;

I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;

...”.

129. Asimismo, el artículo 61 Bis de esta Ley General, indica que:

“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.”

130. El artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, señala:

“Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

131. Finalmente, citaremos las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relativas a la prestación del servicio de salud, en su calidad de instrumentos legales que contienen criterios fundamentales cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios de salud que prestan las instituciones, entre las cuales se encuentran las relacionadas con la prevención, la prestación de servicios médico, el trato adecuado a las y los usuarios de los servicios de salud (de

carácter técnico administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativa) y de carácter técnico-clínico (equipamiento):

- a) La NOM-007-SSA2-1993 relativa a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. El 05 de noviembre del 2012 en el Diario Oficial de la Federación se publicó el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido
- b) La NOM-168-SSA1-1998 relativa al “Expediente clínico”.

## MARCO JURÍDICO ESTATAL

132. La Constitución Política del Estado de Yucatán señala en su artículo 2:

“Los servicios de salud que se proporcionen a las comunidades mayas, se planearán en coordinación con éstas, teniendo en cuenta su propio idioma y cultura. El Estado apoyará la preservación, protección y evolución contemporánea de la medicina maya; de igual modo, el manejo sustentable del entorno y de sus recursos naturales utilizables, las técnicas tradicionales, su uso y desarrollo endógeno”.

133. La misma Constitución local indica en su artículo 95 Bis:

“El Estado garantizará, protegerá y promoverá el desarrollo social, económico, político y cultural del pueblo maya.

El Estado y sus municipios, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, con la participación de las comunidades mayas y en coordinación con las mismas, deberán:

I.- Procurar la incorporación de las mujeres mayas al desarrollo, mediante programas de capacitación y apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria”.

134. El artículo 96 de la Constitución de Yucatán marca que:

“El Estado propugnará por una correcta aplicación de los recursos y al efecto elaborará un Plan de Desarrollo Integral con vigencia sexenal, al cual se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Estatal.

...

La planeación del Estado también implicará mecanismos para el uso racional de los recursos naturales, la salud y el desarrollo sostenido”.

135. Por su parte, la Ley de Salud del Estado de Yucatán, en diversos artículos, señala respecto del tema de la presente recomendación las siguientes consideraciones:

136. Artículo 7:

“En los términos del artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud, corresponde al Estado:

...  
III.- La prestación de los servicios de atención materno-infantil;  
...”

137. El artículo 31:

“Para los efectos del derecho a la protección de salud se considera servicios básicos los referentes a:

...  
IV.- La atención Materno-infantil;  
V.- La planeación familiar;  
VIII.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;  
...”

138. Artículo 62, Capítulo VI “Atención Materno Infantil”:

“Los servicios de atención materno infantil, tienen carácter prioritario, comprendiendo las acciones siguientes:

I.- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;  
II.- La atención de la madre menor de 18 años o de la víctima de violación, incluyendo su orientación, rehabilitación e integración a la familia y a la sociedad;  
III.- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo físico e intelectual, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna; y,  
IV.- La promoción de la integración y del bienestar familiar”.

139. Artículo 63:

“En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad maternoinfantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema, y adoptar las medidas conducentes”.

140. Artículo 65:

“En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, las autoridades sanitarias del Estado establecerán:

I.- Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;  
II.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y en su caso la ayuda alimenticia directa tendente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil; y  
III.- Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias ayudadas de los menores de cinco años”.

141. Artículo 66:

“Las Autoridades Sanitarias Estatales educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I.- Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;
- II.- Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;
- III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas;
- IV.- Acciones relacionadas con la educación básica, alfabetización de adultos, accesos al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excretas; y
- V.- Las demás que coadyuven a la salud materno-infantil”.

142. Artículo 68, Capítulo VII “Planificación Familiar”:

“La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades debe incluir la información y orientación para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos con pleno respeto a su dignidad. Quiénes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”.

143. Finalmente, el Reglamento interior del organismo público descentralizado denominado “Servicios de Salud de Yucatán”, en su artículo 14, señala que:

“Corresponde a la Dirección de Prevención y Protección de la Salud:

...

IX.- Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia correspondan a otras dependencias.

..”.

**III.c.2) Derecho al desarrollo y la supervivencia en el caso de las niñas y niños, en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal.**

**SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS**

144. En la Convención sobre los Derechos del Niño en el artículo 24, se precisa que:

“1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.



2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

. . .

- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres . . . conozcan las ventajas de la lactancia materna, . . .;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.

145. También en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho a la salud de las niñas y los niños:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

. . .”

146. El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en el párrafo diez de su Observación General número 7 “La realización de los derechos del niño en la primera infancia”, señala que:

“Los Estados Partes deben adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y lactantes, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida”.

147. Este mismo Comité en el párrafo 34 de su Observación General número 15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24 Convención sobre los Derechos del Niño), indica que:

“Se ha de prestar atención a la mortalidad, las complicaciones en los partos prematuros, la asfixia al nacer, el peso bajo al nacer, la transmisión materno infantil del VIH y otras infecciones de transmisión sexual”.

## MARCO JURÍDICONACIONAL

148. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 13, en lo relativo al derecho a la salud de niñas y niños precisa:

“Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes:

...

IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social;

..”

149. El artículo 50 de esta ley general señala:

“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

VII.- Asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, así como para sus hijas e hijos, y promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos;

...

XIII. Prohibir, sancionar y erradicar la esterilización forzada de niñas, niños y adolescentes y cualquier forma de violencia obstétrica;

...

XI. Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva;

..”

150. Así mismo, el artículo 52 indica:

“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben desarrollar políticas para fortalecer la salud materno infantil y aumentar la esperanza de vida”.

151. Por su parte la Ley General de Salud, en los artículos 6 y 61 aborda el tema de la salud de niñas y niños.

152. Artículo 6:

“El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

...

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

..”

153. Artículo 61:

“... ”

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- ..
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;
- ...”

## MARCO JURÍDICO ESTATAL

154. La Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Yucatán, en el artículo 8 reconoce que:

“Las niñas, niños y adolescentes del estado de Yucatán gozarán de los derechos establecidos en la ley general”.

155. El artículo 22 de esta ley estatal contiene la siguiente disposición respecto del derecho a la salud de la niñez:

“Atribuciones de la Secretaría de Salud La Secretaría de Salud, para el cumplimiento del objeto de esta ley, tendrá las siguientes atribuciones:

I.- Vigilar que en la prestación de los servicios de salud se dé prioridad a la atención de niñas, niños y adolescentes y se respeten sus derechos.

..

III. Realizar acciones para que todos los sectores de la sociedad tengan acceso a . . . la prevención de embarazos, . . . y demás aspectos relacionados con la salud de niñas, niños y adolescentes.

..

V. Establecer medidas tendientes a prevenir embarazos de niñas y adolescentes.

..

VII. Garantizar un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos, en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno”.

156. Ley Estatal de Salud, aborda la obligación del estado respecto del derecho a la salud de niñas y niños en los artículos 7-B y 62.

157. Artículo 7-B:

“El Sistema Estatal de Salud tiene los siguientes objetivos:

..

IV.- Dar impulso al . . . . crecimiento físico y mental de la niñez;

..”

158. Artículo 62:

“Los servicios de atención materno-infantil, tienen carácter prioritario, comprendiendo las acciones siguientes:

...

III.- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo físico e intelectual, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna;

...”

## OBSERVACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

159. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que no se debe olvidar que el derecho a la salud comprende: el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos y todas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; el acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

160. **Los siguientes Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal<sup>4</sup>** resultan ser una guía esencial para el cuidado prenatal, perinatal y postparto:

- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el número mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

<sup>4</sup>Organización Mundial de la Salud. Salud materna y perinatal.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/es/)

- Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

161. Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo.

162. La OMS publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto en 2011, las cuales deben seguir los siguientes principios<sup>5</sup>:

- La aplicación de las recomendaciones debe basarse en la consideración del estado general de la mujer y su bebe, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse solo en casos en los que haya una indicación médica clara y en los que los beneficios esperados superen los posibles perjuicios.
- No se debe descuidar el control de las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se utiliza oxitocina.
- La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopelvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las multíparas.
- Como la evidencia para estas recomendaciones surge fundamentalmente de estudios realizados con mujeres con embarazos en presentación cefálica y úteros sin cicatrices, no se las debe aplicar a mujeres con una presentación anormal del feto (incluyendo podálica) o con útero con cicatrices.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.
- El lugar donde se realice la conducción del trabajo de parto, se debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardiaca fetal y el patrón de las contracciones uterinas.
- La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, "Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto", Suiza 2015.

163. Asimismo, la OMS publicó en 2013 el manual con las “Recomendaciones para optimizar las funciones de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas”.<sup>6</sup>
164. Las recomendaciones de la OMS sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados.
165. Finalmente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), afirma que en el mundo:
- todo embarazo debe ser deseado,
  - todo parto sea sin riesgos, y
  - cada persona joven alcance su pleno desarrollo.
166. Por otra parte, UNFPA, ha dicho a los países que la demora en buscar ayuda, en llegar a un centro de salud o para tener acceso a la asistencia por parte de una persona calificada, son tres obstáculos determinantes que enfrenta una mujer embarazada.<sup>7</sup>

### III.-OBSERVACIONES

167. Del análisis lógico-jurídico de los hechos narrados en las quejas recibidas por esta Comisión Estatal, en el período comprendido enero de 2005 a julio de 2015 y relacionadas con la prestación del servicio a la salud de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, así como de la revisión del marco normativo en la materia, esta Comisión de Derechos Humanos llegó a las siguientes consideraciones:
168. Las víctimas de violencia obstétrica de las recomendaciones emitidas por esta Comisión sufrieron tratos crueles, inhumanos o degradantes por el sufrimiento innecesario resultado de una deficiente o mala práctica médica. Además de ser víctimas de maltrato físico y psicológico, como son, entre otros, violencia verbal, indiferencia y falta de responsabilidad institucional, esta última derivada de la falta de infraestructura hospitalaria, de equipo médico adecuado, carencia de medicamentos básicos o por escasez de personal médico especializado de base y suficiente en los hospitales públicos del sector salud.
169. La violencia institucional y la violencia obstétrica generan de manera simultánea y permanente la vulneración de diferentes Derechos Humanos de las mujeres, como son: derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la integridad personal, derechos sexuales y

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud materna y perinatal.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/es/)

<sup>7</sup>UNFPA. América Latina y el Caribe.  
<http://lac.unfpa.org/temas/salud-materna#sthash.joLYiqPu.dpuf>

reproductivos, derecho a una vida libre de violencia, derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la información, derecho a la honra y dignidad; por la acción u omisión de las y los funcionarios del sector salud del Estado.

170. La salud es un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos, y debe ser comprendido y entendido como la posibilidad de las personas de disfrutar de servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel más elevado de salud.
171. De acuerdo a la Observación General número 14 del Comité DESC, citada anteriormente en el párrafo 110 de esta recomendación general; esta Comisión Estatal observa con preocupación la falta de atención oportuna en los servicios de salud del Estado, al no cumplir con los elementos esenciales de la atención médica: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad lo que deriva en violaciones a los Derechos Humanos de mujeres antes, durante y después del embarazo, así como de niñas y niños recién nacidos.
172. Es importante señalar, que en los casos analizados por este organismo público y como señala el Observación General número 14 del Comité DESC los servicios de salud deben estar al alcance de los grupos en situación de vulnerabilidad como son las mujeres. Además, estos servicios deben ser sensible a los requisitos de género e interculturalidad.
173. Para esta Comisión Estatal resulta preocupante que por falta de recursos económicos muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar con alguna discapacidad; por circunstancias relacionadas con el embarazo, al no poder acceder a atención médica de calidad. Lo anterior en relación con el contenido de la Recomendación General número 24 del Comité de la CEDAW y el estudio de los casos presentados ante esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, en los cuales es evidente la situación económica desfavorable de las agraviadas.
174. Asimismo, de acuerdo con el Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento para la Convención de Belém do Pará, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y partiendo del estudio de los casos presentados ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán que ocurrieron en municipios con alto porcentaje de población mayahablante, es importante señalar la necesidad de contar con personal de médico y administrativo de base para la atención profesional e intercultural de la población mayahablante.
175. Del estudio de los expedientes abiertos ante esta Comisión Estatales evidente la violación al derecho a la vida y a la integridad personal de las y los bebés, por la muerte de algunos y las lesiones sufridas por otros, lo que observa con preocupación este organismo público respecto de la obligación del Estado de velar siempre por el interés superior de la niñez. Lo anterior a la lectura y análisis del contenido de la Ley General de Salud y la Ley de Salud del Estado de Yucatán.

## IV.- RECOMENDACIONES GENERALES

**PRIMERA.** Para que ninguna mujer embarazada y/o parturienta se quede sin la atención médica que requiera, los Servicios de Salud de Yucatán deberán desarrollar un protocolo y contar con un área especializada debidamente equipada y con el personal especializado necesario para la atención de emergencias obstétricas en todos los hospitales donde se brinde este tipo de atención médica, iniciando su implementación prioritariamente en el Hospital Materno Infantil de Mérida y el Hospital General “Dr. Agustín O’Horan”; esta área será el primer contacto con las pacientes y se hará cargo de monitorear todos los casos de mujeres que lleguen solicitando este servicio médico en dichos hospitales, para analizar cada caso de manera particular y determinar de manera inmediata la acción más pertinente para su debida atención médica.

Las áreas de emergencias obstétricas del sector salud del estado deberán ingresar de manera inmediata a la paciente cuando se trate de una emergencia obstétrica que puede ser tratada en esa misma institución de salud; y en caso de tratarse de una emergencia obstétrica pero no hubiera espacio en esa institución de salud o no se cuente con los recursos humanos y materiales para su debida atención se deberá canalizar a la paciente de manera eficiente, oportuna e inmediata a un hospital del sistema de salud estatal o federal, sin dar por concluido el caso hasta que se logre la referida canalización; y en la situación que no se trate de una emergencia obstétrica, se deberá mantener el debido monitoreo sobre la paciente, a efecto de poder intervenir de manera inmediata en caso de que su condición obstétrica se llegara a complicar.

**SEGUNDA.** Mejorar los mecanismos de referencia y contrareferencia hospitalaria.

**TERCERA.** Implementar en todos los hospitales y unidades que dependan de los Servicios de Salud de Yucatán un sistema computarizado de registro, control y seguimiento de la atención, consulta, diagnóstico y tratamiento de las pacientes que acudan desde su recepción hasta su alta médica.

**CUARTA.** Implementar estrategias para garantizar que el personal médico de todos los hospitales y unidades que dependen de los Servicios de Salud de Yucatán se apeguen a la NOM-168-SSA1-1998 “Expediente clínico”.

**QUINTA.** Implementar urgentemente un mecanismo eficaz para cubrir las ausencias de los médicos especialistas en el área de ginecología y obstetricia de los hospitales del sector salud del estado, así como contar con el personal de base necesario para erradicar las negligencias médicas.

**SEXTA.** Instalar o en su caso fortalecer los Comités de Bioética en los hospitales e instituciones de salud del estado bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos de conformidad con las disposiciones aplicables, para el debido seguimiento de los casos. Así como corroborar y fortalecer el debido funcionamiento del Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Agustín O’Horan”.



**SÉPTIMA.** Fortalecer las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos deberá incluir métodos de planificación familiar, la salud perinatal y la salud de la mujer, de conformidad a lo establecido en el Reglamento interior del organismo público descentralizado denominado “Servicios de Salud de Yucatán”.

**OCTAVA.** Contar con personal mayahablante administrativo y profesional (médico, de enfermería y de trabajo social) ampliamente capacitado que brinde información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas mayahablantes, para que éstas puedan tomar decisiones libres e informadas y que éstas opiniones sean respetadas.

**NOVENA.** Diseñar e impartir al personal de los Servicios de Salud de Yucatán cursos integrales de capacitación y formación en el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con énfasis en el cumplimiento de los lineamientos de la NOM-007-SSA2-1993, que hace referencia a procedimientos para la prestación del servicio de atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

**DÉCIMA.** Dada la importancia de la perspectiva intercultural del estado, fortalecer o implementar en su caso programas operativos para la inclusión de la población maya a los servicios de salud, con pleno respeto a sus costumbres y pautas culturales.

**DÉCIMA PRIMERA.** Capacitar al personal administrativo, de trabajo social, médico y de enfermería de los Servicios de Salud de Yucatán en la prestación de los servicios de salud materno infantil, en el tema de sus obligaciones durante la prestación del servicio para la atención de embarazos, partos y puerperios, con la finalidad de prevenir la práctica de la violencia obstétrica e incidir en su erradicación.

Esta capacitación debe abordarse desde la perspectiva de Derechos Humanos, género e interculturalidad, **considerando la violencia obstétrica como violencia institucional**, asegurando de esta manera que la prestación de los servicios del sector salud estatal respete los Derechos Humanos de las mujeres.

**DÉCIMA SEGUNDA.** Implementar una **campaña de sensibilización para prevenir la violencia obstétrica** en español y maya dirigida a la ciudadanía y al personal de salud sobre los actos que constituyen violencia obstétrica, los derechos de las personas beneficiarias del sector salud, las instancias a las que pueden acudir para formular denuncias, así como las responsabilidades que tienen al respecto las y los servidores públicos, resaltando el derecho de las mujeres a una salud digna y respetuosa en el embarazo, parto y puerperio.

Para el diseño de esta campaña los Servicios de Salud de Yucatán deberá solicitar la participación y colaboración del Instituto para la Equidad de Género en Yucatán.

**DÉCIMA TERCERA.** Proponer al H. Congreso del Estado que asigne una partida presupuestal suficiente al Sector Salud de Yucatán, a fin de que se reconsideren los recursos financieros suficientes para contar con la infraestructura material y humana, para hacer eficaz el derecho a la

protección de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como de las niñas y niños recién nacidos.

**Dese vista de la presente Recomendación General al Honorable Congreso del Estado de Yucatán para su conocimiento y efecto legal correspondiente, para que en coordinación con los Servicios de Salud de Yucatán armonice o en su caso elabore la normatividad correspondiente al contenido de la presente Recomendación General acorde con los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos y las disposiciones de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política del Estado de Yucatán, para lograr el pleno respeto a los Derechos Humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y de las niñas y niños recién nacidos.**

De acuerdo con lo previsto en el artículo 125 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán las Recomendaciones Generales no requieren aceptación por parte de las autoridades a quienes van dirigidas, debiendo aportar pruebas de su cumplimiento en un plazo que no exceda de treinta días naturales. La verificación del cumplimiento de las Recomendaciones Generales se hará mediante visitas de supervisión que de manera periódica realice la Comisión, a través de la Visitaduría General, o a través de la solicitud de informes a las autoridades correspondientes.

Así lo determina y firma

**EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
DEL ESTADO DE YUCATÁN**

---

**M.D. JOSÉ ENRIQUE GOFF AILLOUD.**