

INFORME ANUAL 2009

Situación de los derechos humanos
de las mujeres en el Distrito Federal

Volumen II

Ciudad de México, marzo de 2010



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

PRESIDENTE

Luis González Placencia

CONSEJO

Mercedes Barquet Montané

Santiago Corcuera Cabezut

Denise Dresser Guerra

Manuel Eduardo Fuentes Muñiz

Patricia Galeana Herrera

Ángeles González Gamio

Clara Jusidman Rapoport

Ernesto López Portillo Vargas

Carlos Ríos Espinosa

José Woldenberg Karakowsky

VISITADURÍAS

Primera • Yessenia Mercedes Peláez Ferrusca

Segunda • Rosalinda Salinas Durán

Tercera • Luis Jiménez Bueno

Cuarta • Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez

CONTRALORÍA INTERNA

Rosa María Cruz Lesbros

SECRETARÍAS

Ejecutiva • Marco Vinicio Gallardo Enríquez*

Técnica • María José Morales García

DIRECCIONES GENERALES

Administración

Román Torres Huato

Comunicación Social

Hugo Morales Galván

Educación y Prom. de los Derechos Humanos

José Luis Gutiérrez Espíndola

Quejas y Orientación

Víctor Morales Noble

DIRECCIONES EJECUTIVAS

Investigación y Desarrollo Institucional

Mónica Martínez de la Peña*

Seguimiento

Sergio Jaime Rochín del Rincón

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Gabriela Gutiérrez Ruz

COORDINACIONES

Asesores

Leonardo Mier Bueno

Asuntos Jurídicos

Fernando Coronado Franco

Interlocución Institucional y Legislativa

Soledad Guadalupe López Acosta

RELATORÍA PARA LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN

Y ATENCIÓN A DEFENSORAS Y DEFENSORES

DE DERECHOS HUMANOS

Gerardo Sauri Suárez

*Encargado(a) de despacho



INFORME ANUAL 2009

Situación de los derechos humanos
de las **mujeres** en el Distrito Federal



Volumen II
Ciudad de México, marzo de 2010

Fotografía de portada: Edgar Sáenz Lara, CDHDF

Primera edición, 2010

D. R. ©2010, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F.
www.cd hdf.org.mx

Índice



Introducción	7
El derecho de las mujeres a la salud	11
Derecho a la salud integral de las mujeres y perspectiva de género en salud	12
Salud materno infantil	14
La situación de la salud en México	15
La situación de la salud en el Distrito Federal (2002-2008)	17
El tema de la salud en los instrumentos internacionales	22
El tema de la salud en la normativa nacional y local	25
Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal	26
Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal	27
Atención a mujeres en el Programa de Defensa 2009	31
Servicios proporcionados por la CDHDF	32
Servicios de no competencia	33
Servicios de competencia	33
Derechos humanos vulnerados	41
Datos sociodemográficos de las personas atendidas en la CDHDF durante 2009	42
Situación del derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal. Presuntas violaciones ..	47
Quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres	49
Atención a la salud en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	52

Atención a la salud materno infantil en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	54
Atención a la salud en los centros femeniles de readaptación social.	58
Atención a la salud materno infantil en los centros de reclusión del Distrito Federal	60
Seguimiento a recomendaciones sobre el derecho a la salud de las mujeres	63
Recomendaciones sobre el derecho a la salud de las mujeres 1993-2009.	64
Estudios y diagnóstico sobre el sistema de salud en el Distrito Federal.	66
Infraestructura, equipamiento y recursos humanos.	67
Responsabilidad y práctica médica	67
Reparación del daño a las víctimas	68
La salud de las mujeres en reclusión. Recomendación 8/2005	69
La atención médica materno infantil de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Recomendación 02/2009	71
La violación al derecho a la vida por negligencia médica	72
La violación del derecho a la salud por insuficiencia de recursos y personal médico	72
Reparación del daño.	73
Puntos recomendatorios 2/2009.	73
Comentarios y recomendaciones	77
Recomendaciones finales.	78
Bibliografía	81

Introducción

El marco internacional de los derechos humanos brinda un conjunto de elementos, criterios y ejes de debate que tienen relación directa no sólo con la interpretación de los conceptos y de los derechos, sino también con las obligaciones que asumen los Estados y la manera de cumplir con ellas.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) tiene por mandato informar anualmente sobre las actividades que realiza. En el marco de su ley, se especifica la rendición de cuentas de las actividades de defensa, así como del número y características de las quejas, las denuncias presentadas, y los resultados de la labor de conciliación, mediante estadísticas y casos ocurridos en el año que se informa.

El artículo 57 de la Ley de la CDHDF señala que este organismo deberá clasificar su informe anual por género y describir la situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal de manera detallada.

A partir de ese mandato, la Comisión ha realizado un apartado del informe anual específico sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres. El informe 2005 aborda el acceso a los servicios que se brindan a las mujeres; el tema del informe 2006 es la relación de las mujeres con los organismos encargados de la administración, procuración e impartición de justicia. El informe 2007 tuvo como eje central la discriminación en contra de las mujeres, y en el informe 2008 se revisó un tema que guarda relación directa con este último: el derecho a una vida libre de violencia.

Entre los ejes rectores de la Comisión se destacan la integralidad de los derechos humanos y la convicción de realizar sus tareas según los estándares más altos de exigencia y protección de los derechos humanos. La oportunidad de hacer un informe de la situación de los derechos de las mujeres cada año permite avanzar en la reflexión colectiva, así como en el seguimiento de las propuestas y recomendaciones realizadas al Estado mexicano y al Distrito Federal sobre el derecho que se analice.

La información que aquí se ofrece está relacionada directamente con el pleno ejercicio del derecho a la salud, y para ello se considera lo siguiente:

1. La mayoría de las personas que atiende la CDHDF en sus diversas áreas de promoción, educación y defensa, son mujeres. Sin embargo, a pesar de eso, las mujeres que acuden a la Comisión no lo hacen para promover sus derechos o denunciar violaciones a su persona. Más de 70% va para promover y denunciar violaciones a los derechos de terceros.
2. La Comisión parte del supuesto de que se registra un menor número de agravios a los derechos de las mujeres¹ —en comparación con los hombres— no porque se violen menos sus derechos, sino porque hay un vacío en la consolidación de las mujeres como sujetos de derechos y porque faltan garantías y seguridad para que ellas denuncien.

Ante esta situación, la Comisión considera necesario hacer un esfuerzo deliberado en sus acciones para que las mujeres se asuman como sujetos plenos de derechos y denuncien las violaciones en su contra; esto implica el compromiso de la sociedad y de las autoridades gubernamentales. Los informes sobre la situación de los derechos de las mujeres son una herramienta indispensable para crear espacios de reflexión institucional.²

Informe anual 2009: situación del derecho de las mujeres a la salud

Este año el informe sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal está dedicado a la salud. Por muchas razones, la salud de las mujeres se ha posicionado como un tema prioritario en la agenda internacional, pues a lo largo de su ciclo vital enfrentan distintos riesgos. Los problemas más relevantes están vinculados a la sexualidad y la reproducción, particularmente en el periodo de embarazo, parto y puerperio. Si bien el interés de este informe es reportar los agravios al derecho a la salud en general, se hace hincapié en la salud materno infantil por ser un tema de política pública y porque buena parte de las quejas recibidas durante el año que se reporta corresponden a esta área.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”.³ No obstante, las sociedades contemporáneas aún no generan las condiciones que garanticen a todo hombre y toda mujer el nivel más alto de bienestar físico, mental y social.⁴

Una de las principales barreras que se oponen al acceso al derecho a la salud es la discriminación, que viola los principios de igualdad de derechos y de respeto a la dignidad humana,⁵ particularmente contra la mujer, y constituye además un obstáculo para el bienestar de la familia y el desarrollo de la sociedad. Al respecto, los organismos públicos de derechos humanos tienen la atribución de atraer la atención del gobierno sobre situaciones de violación del derecho a la salud de las mujeres y elaborar informes en la materia.⁶

En el primer capítulo de este informe se destacan los instrumentos internacionales, nacionales y locales que protegen el derecho a la salud de las mujeres. La normativa en la materia considera que el disfrute del

¹ Del total de agravios presuntamente violatorios de derechos humanos por demarcación territorial donde ocurrieron los hechos (11 348), 38.1% corresponde a mujeres.

² La CDHDF cuenta, además, con datos estadísticos sistematizados del Programa de Defensa y de la Dirección de Educación y Promoción de los Derechos Humanos, los cuales se presentan en los comentarios finales de este informe.

³ Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁴ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>> (visitada en diciembre de 2009).

⁵ Preámbulo a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

⁶ *Cfr.* Principios de París. Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.

más alto grado de salud física y mental implica necesariamente el establecimiento de condiciones que disminuyan la brecha de desigualdad social y el acceso a otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales en el marco integral de los derechos humanos.

En el segundo capítulo se especifican los servicios proporcionados por la CDHDF a la población de esta ciudad; particularmente se detallan los principales derechos que fueron vulnerados, los tipos de violaciones y las autoridades implicadas. Además se describe brevemente el perfil sociodemográfico de las personas que acudieron durante 2009.

De acuerdo con su reglamento interno, la CDHDF es competente para conocer “de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor(a) público(a)”.⁷ Con fundamento en esta atribución, en el tercer capítulo se describen los hechos que constituyen presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres. La fuente de información para el desarrollo de este capítulo son 385 quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de mujeres.

Con base en la revisión de los hechos narrados en las quejas mencionadas se confirma lo siguiente: a) las presuntas violaciones al derecho a la salud registradas en el año que se reporta ocurrieron básicamente en dos ámbitos: la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los centros femeniles de reclusión de esta ciudad; b) estos agravios afectan principalmente la salud materno infantil, y c) los agravios consisten en la nula o deficiente atención médica que, en el marco de supuestas carencias estructurales y de fallas de la propia práctica médica, devienen en afectaciones a otros derechos como el derecho a la vida, a la integridad personal y a la información, entre otros.

A partir de la calificación de la queja se inicia un proceso de investigación y “si existen elementos que generen convicción en el sentido de que existe violación a los derechos humanos”,⁸ se podrán elaborar las recomendaciones correspondientes. En el marco de esta atribución, la CDHDF ha emitido nueve recomendaciones en materia del derecho a la salud de las mujeres, mismas que se describen y analizan en el cuarto capítulo de este informe, con especial cuidado en la recomendación 8/2005/, relativa al derecho a la salud de las mujeres en reclusión, y en la 2/2009/, sobre el derecho a la salud en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud, con hincapié en la salud materno infantil.

Finalmente, en el último capítulo se presentan otras acciones de la Comisión en atención a la salud de las mujeres, como la difusión de los derechos humanos, y además recoge las principales recomendaciones que se derivan tanto de la experiencia de la CDHDF en la materia como de los resultados del propio informe. Dichas recomendaciones apuntan en tres sentidos: la necesidad de realizar estudios diagnósticos sobre la infraestructura de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; fortalecer la infraestructura en los centros femeniles de readaptación social y reforzar el ejercicio de la ética profesional en la atención a la salud.

Mediante el *Informe anual 2009 sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, la Comisión busca contribuir a identificar los obstáculos al pleno ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y las posibles soluciones institucionales con perspectiva de derechos humanos y de género.

⁷ Artículo 11 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

⁸ Artículo 136 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

El derecho de las mujeres a la salud

De acuerdo con su mandato¹ y política institucional, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), desde 2005, acompaña su informe anual de actividades con uno temático dedicado exclusivamente a la situación de los derechos humanos de las mujeres de la ciudad de México, en esta ocasión dedicado a la salud.

El objetivo de este informe es analizar la situación de las mujeres en su derecho a la salud a partir de un ejercicio reflexivo de las denuncias de las y los peticionarios y las mujeres agraviadas que durante 2009 acudieron a la CDHDF, del trabajo desarrollado por la Comisión y de las investigaciones especializadas que se realizaron. De estas fuentes se retoman todas las quejas que versan sobre presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, y se clasificaron para el análisis según la instancia del Distrito Federal responsable del agravio, en este caso la red de hospitales de la Secretaría de Salud, los centros femeniles de readaptación social y otras dependencias del Distrito Federal que proveen atención a la salud.

Es importante señalar que las quejas interpuestas por las y los ciudadanos ante la Comisión no reflejan el total de violaciones al derecho a la salud de las mujeres en esta delimitación territorial, ya que es probable que algunas queden al margen, ya sea por el desconocimiento de la población sobre sus derechos o sobre los mecanismos para hacerlos exigibles, por temor a denunciar o por falta de tiempo, entre otros factores. Así, este informe no reflejará el estado actual del derecho a la salud de las mujeres en la ciudad de México, pues sólo se basa en el análisis de los casos que han llegado al conocimiento de la Comisión a través de las quejas de la población.

¹ Artículo 57 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y artículos 63, fracción XV, 146 bis y 146 ter del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Derecho a la salud integral de las mujeres y perspectiva de género en salud

El presente informe tiene como eje transversal de análisis la salud materno infantil, en virtud de la relevancia del tema en la agenda de salud internacional, nacional y local, pero además porque la mayoría de las denuncias recibidas en esta Comisión tienen que ver, precisamente, con violaciones a este derecho. En atención a esas demandas está dedicado este informe, pero es necesario precisar que la CDHDF reconoce la importancia de garantizar una salud integral a todas las mujeres durante las diferentes etapas de su vida.

El Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo que “el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos [...] en particular [d]el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo (en condiciones sanas y seguras), a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación”,² es decir, nuestra salud se ve afectada por factores biológicos y genéticos, el ambiente en el que vivimos, nuestro estilo de vida, nuestros comportamientos y costumbres, o nuestras posibilidades de acceder a los servicios de salud.³

Así, la salud es el reflejo de las condiciones sociales, económicas, políticas, ambientales y de género en que viven hombres y mujeres. Esta complejidad de factores determinantes se encuentra, además, permeada, a su vez, por la raza, educación, pertenencia a un pueblo o comunidad indígena y por la edad. Desde ese punto de vista, definiremos la salud como resultado de la interacción de la persona y su contexto. Para abordar adecuadamente la salud de las mujeres y de los hombres es necesario considerar, entre otros, sus determinantes sociales y aquellas desigualdades que, por ser injustas y evitables, deben ser objeto de actuación de los poderes públicos.

Sin duda, la salud es un factor determinante del grado de desarrollo de una nación. Aquí es necesario precisar que el derecho a la salud integral de las mujeres excede lo relativo a la salud materno infantil, es decir, no podemos centrarnos en la salud⁴ de las mujeres sólo en su periodo reproductivo, y por ello “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”.⁵ La OMS sostiene que la salud de las mujeres debe ser prioridad en la agenda de salud de todos los países, pues en la actualidad prevalecen prácticas de discriminación en su contra por su condición de género, además de las limitaciones en los servicios de atención en términos de infraestructura.

Por eso el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha recomendado a los Estados que incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover mejor la salud de mujeres y hombres: “Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer”.⁶

² Observaciones generales adoptadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 periodo de sesiones (2000), *Observación general N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12)*.

³ *Idem*.

⁴ En “Jurisprudencia emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia” mexicana se ha reconocido que “el derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”. Novena Época, *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, XXIX, abril de 2009, p. 164, 1a./J. 50/2009.

⁵ Observaciones generales adoptadas por el Comité de Derechos Económicos..., *op. cit.*

⁶ *Idem*.

La perspectiva de género aporta criterios para la definición de políticas y estrategias que aseguren la estructuración y funcionamiento del aparato público en correspondencia con las demandas y necesidades diferenciales de las mujeres y de los hombres.

Sexo⁷ y género⁸ son importantes dimensiones determinantes de la salud que, junto con la clase social, la etnicidad y la edad, influyen significativamente en la estructura de la mortalidad y la morbilidad colectivas, así como en el acceso, utilización, calidad y aceptabilidad de los servicios.

Las mujeres y los hombres afrontan el riesgo de sufrir enfermedades específicas de cada sexo, como el cáncer de útero y el cáncer de próstata, pero las enfermedades asociadas con diferencias biológicas van más allá de las que afectan al sistema reproductivo humano. Pueden reconocerse diferencias en la incidencia, los síntomas y el pronóstico de una amplia gama de trastornos. Las diferencias de género en las condiciones de vida, de trabajo y de acceso a recursos y servicios exponen a mujeres y a hombres a riesgos de salud distintos.⁹ La condición de género incide también en la manera en que mujeres y hombres utilizan los servicios de salud y en sus concepciones de “bienestar” y “riesgo”.

Por otra parte, retomando los argumentos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la reflexión “con perspectiva de género implica no solo un aprendizaje de las normas, sino el desarrollo de capacidades para reconocer la discriminación que sufren las mujeres en su vida cotidiana”.¹⁰ Así, es posible asociar la subordinación de la mujer a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes, situación que se agrava cuando se reflejan, implícita o explícitamente, en políticas.¹¹

En este tenor, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) establece que el concepto de desarrollo humano abarca el proceso de empoderamiento o potenciación de las mujeres.¹²

Resulta paradójico que las mujeres, quienes “constituyen la columna vertebral del sistema sanitario, raras veces est[é]n representadas en los puestos ejecutivos o de gestión; más bien tienden a concentrarse en los empleos con sueldos bajos y expuestas a mayores riesgos de salud ocupacional”.¹³ Además, “su función como prestadoras informales de asistencia sanitaria en el hogar o la comunidad no suele recibir apoyo, reconocimiento ni remuneración”,¹⁴ aunque es preciso señalar que esta “función” está basada en estereotipos de género y en papeles culturalmente asignados.

⁷ Sexo es la palabra que generalmente se usa para hacer alusión a las diferencias biológicas relacionadas con la reproducción y otros rasgos físicos y fisiológicos entre los seres humanos. El sexo como parámetro para crear categorías distingue entre mujeres y hombres. Robin West, *Género, teoría y derecho*, trad. Pedro Lama Lama, Siglo del Hombre, Bogotá, 2000, p. 29.

⁸ Género se refiere a las características que socialmente se atribuyen a las personas de uno y otro sexo. *Idem*. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) adoptó el concepto de género declarando que “se refiere a los papeles sociales construidos para la mujer y el hombre asentados en base a su sexo y dependen de un particular contexto socioeconómico, político y cultural, y están afectados por otros factores, como son la edad, la clase, la raza y la etnia”. Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) “el género es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y los hombres construida culturalmente y con claras repercusiones políticas”. Vale la pena recordar que el término “género” es un concepto incluyente y relacional.

⁹ *Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género*, informe realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Barcelona, 2004, p. 12.

¹⁰ CIDH, *Caso González y otras (“Campo algodonero”)*, sentencia de 16 de noviembre de 2009.

¹¹ *Idem*.

¹² Ese proceso, según el PNUD, implica: a) la adquisición del conocimiento y comprensión de las relaciones de género y los modos en que éstas pueden modificarse; b) el desarrollo de un sentido de autoestima y de confianza en su capacidad para asegurar que los cambios deseados ocurran y en el derecho a controlar su propia vida; c) el desarrollo de la capacidad de organizar e influir en la dirección que tome el cambio social para crear un orden económico y social más justo, tanto nacional como internacionalmente; y d) el logro de la capacidad de generar opciones y ejercer poder de negociación. *Indicadores de Desarrollo Humano Género en México*, PNUD, 2006.

¹³ OMS, *Resumen analítico, Las mujeres y la salud. Los retos de hoy, la agenda de mañana*, noviembre de 2009, p. 4. Disponible en línea: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf> (visitada el 21 de febrero de 2010). Esta situación también se relaciona con lo que en la teoría de género se denomina “techo de cristal”.

¹⁴ *Idem*.

Debido a la invisibilidad y naturalización de la discriminación y desigualdad por razón de género, es importante que las políticas públicas en salud y la actividad en las instituciones cuenten con perspectiva de género.

En otro sentido, la salud sexual y reproductiva es parte de la salud integral de las mujeres y reviste importancia para la salud materno infantil que ocupa este informe, pues si la mujer no cuenta con la información adecuada sobre métodos de anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, puede tener embarazos no deseados, así como transmitir enfermedades a sus hijas e hijos.¹⁵

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar.¹⁶ Claramente, estos derechos son propios de todas las personas.

Así, la salud reproductiva implica el derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, así como a no tener hijos. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia: “Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de las y los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”.¹⁷

Salud materno infantil

La visión tradicional de la salud de las mujeres como casi exclusivamente referida a sus funciones reproductivas ha potenciado los sesgos de género que se encuentran algunas veces en los servicios de salud. Una comprensión amplia del tema conduce, inevitablemente, a considerar los condicionantes derivados de los roles y relaciones de género en el cuidado y protección de la salud, tanto en el interior de los hogares como en las instituciones competentes.

El enfoque de la igualdad de género en salud trata de detectar cómo las relaciones de género producen vulnerabilidad y crean brechas en la atención. Por lo general, en los sistemas de cuidado en salud prevalece una concepción que sólo considera las diferencias de género en lo que tiene que ver con la maternidad.¹⁸

La condición de salud es determinante en la calidad de vida de las personas en general, y de las mujeres, en específico, particularmente lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, pues tiene implicaciones en su proceso de envejecimiento.

¹⁵ “La salud reproductiva es 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 y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y 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 hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, su atención se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. Párrafo 7.2 de Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.

¹⁶ Nina Zamberlin, *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva*, Fondo de Población de Naciones Unidas, Buenos Aires, 2007, p. 17.

¹⁷ *Diagnóstico sobre la violencia de género y las desigualdades entre mujeres y hombres en el estado de Oaxaca*, Instituto de la Mujer Oaxaqueña, Oaxaca, 2008, p. 7.

¹⁸ Evangelina García Prince, “Igualdad y equidad de género en políticas de salud”, *Salud pública. Enfoque bioético*, Desinlimed, Caracas, 2005, p. 12.

Pero las implicaciones van más allá. La salud de las mujeres durante los años reproductivos es importante no sólo para ellas, sino que además tiene repercusiones en la salud y el desarrollo de la siguiente generación.¹⁹

La salud de las mujeres que han experimentado el embarazo y la procreación es objeto de especial atención para los organismos internacionales y para los especialistas que analizan los temas de salud. Las condiciones de salud de las mujeres que han tenido la vivencia del embarazo y la procreación, así como de las condiciones de la salud de su hijo o hija, reflejan con gran fidelidad los factores de bienestar, calidad de vida e infraestructura de salud con que cuenta la población (INEGI-Inmujeres 2008).

Hay que especificar que la atención en la salud materna se debe a que la mortalidad por esta causa es un problema de salud pública, y su importancia no hace referencia únicamente a las cifras, sino a que las mujeres siguen muriendo por esta razón.

Por eso la relevancia de garantizar la salud materno infantil, pues como asunto de salud pública, es insuficiente en la cobertura y calidad de los servicios médicos en México. La mayoría de los problemas asociados a la salud materno infantil son prevenibles mediante una atención adecuada y oportuna; el problema es precisamente su estrecha relación con la desigualdad y la pobreza. La OMS plantea que el acceso a los cuidados médico profesionales durante el embarazo, parto y puerperio es la piedra angular para prevenir la muerte materna.²⁰

Las presuntas violaciones al derecho a la salud denunciadas ante esta Comisión permiten establecer que no sólo es necesario garantizar la salud materno infantil en términos de extender el servicio a todas las unidades médicas del sector público, sino que además se requiere garantizar la calidad de la atención y la suficiencia de infraestructura y de recursos humanos y materiales.

A continuación se hará una somera referencia al estado actual de la salud en México y en el Distrito Federal para, posteriormente, reseñar brevemente los principales instrumentos internacionales y de la normatividad nacional y local que protegen este derecho.

La situación de la salud en México

Con el objetivo de contextualizar el tema de este informe, se realiza un breve diagnóstico de las condiciones de salud de la población en años recientes. Si bien las mujeres son el objetivo de este informe, vale la pena revisar la situación de la salud de ellas y de su contraparte masculina, a fin de entender que las relaciones de género determinan²¹ los procesos de salud-enfermedad de mujeres y hombres. Como se mencionó, los perfiles de las enfermedades en unas y otros presentan características diferentes, algunas son particulares de su sexo, pero también hay otras que responden a las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas en que mujeres y hombres se desenvuelven.

Iniciaremos haciendo referencia a algunos datos del PNUD. Entre 2000 y 2004, el índice de desarrollo humano (IDH) de México avanzó 1.15%, al haberse incrementado el índice de salud (0.96%), el de educación (2.06%) y el de ingreso (0.37%). Los datos muestran que en 2003 México se incorporó al grupo de países con alto desarrollo humano, donde se ha mantenido desde entonces. Este logro contrasta, sin embar-

¹⁹ OMS, *Resumen analítico, Las mujeres y la salud...*, op. cit.

²⁰ En la Cumbre del Milenio se estableció la meta de reducir en tres cuartas partes la muerte materna entre 1990 y 2015, y para 2015 lograr el acceso universal a la salud reproductiva. En México la razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos, en promedio, fue de 67.7 durante 1990 y 2009, y la meta para 2015 es su reducción a 22.3 (Gabinete de Desarrollo Humano y Social / Comisión Intersecretaria de Desarrollo Social, *Los objetivos del desarrollo del milenio en México. Informe de avance 2006*, México, 2006, p. 15).

²¹ Existen otras determinantes, como el alfabetismo, la pertenencia a un grupo o comunidad indígena, el estrato socioeconómico, etcétera.

go, con la considerable desigualdad de desarrollo entre entidades federativas.²² El Distrito Federal aparece persistentemente con los mejores indicadores en todos los componentes del índice de desarrollo humano.²³ Pero como éste no considera las desigualdades entre mujeres y hombres, el PNUD ha creado dos indicadores vinculados al género: el índice de desarrollo relativo al género (IDG)²⁴ y el índice de potenciación de género (IPG).²⁵

El IDG muestra una reducción del desarrollo en la medida en que se incrementan las diferencias en los indicadores correspondientes a mujeres y hombres. En el ámbito nacional, la desigualdad del desarrollo humano entre mujeres y hombres ocasiona una reducción de 1% en el IDH nacional. En el estatal, esta disminución fluctúa entre 2.6% en Chiapas y 0.40% en el Distrito Federal. Así, de acuerdo con el IDG, una de las entidades con menores pérdidas en desarrollo por desigualdades de género es el Distrito Federal.²⁶

En lo relativo a salud materno infantil mundial, según el PNUD, más de 60% de las muertes maternas se produjeron por causas obstétricas directas (primarias) en las que los factores de riesgo evitables son superiores a 80%. Las causas obstétricas indirectas (consuetudinarias o circunstanciales) representan 11%, con un factor evitable superior a 50%,²⁷ lo que muestra que son evitables.

Es importante entender el nexo entre la salud materna y la infantil, es decir, si no hay salud integral de la mujer desde el inicio de su vida, puede traducirse en problemas durante su etapa reproductiva que trascienden a la salud de la siguiente generación, es decir, afectan la de sus hijas e hijos. En este contexto resalta la importancia de la salud materno infantil, pero también preocupa el proceso de feminización de la pobreza y que afecta la salud de las mujeres.²⁸

A continuación se presenta información sobre morbilidad con base en los egresos hospitalarios de las y los usuarios de servicios de salud,²⁹ con especial atención en las enfermedades maternas. La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal no ha sido ajena a la relevancia de la salud materno infantil como asunto de salud pública, de ahí el interés en este informe de plantear el tema desde la perspectiva de derechos humanos. Posteriormente se revisa el tema de la mortalidad entre mujeres y hombres a partir de las principales causas de muerte, separadas por sexo.

Según información de la Secretaría de Salud en 2008, en México las principales causas de morbilidad femenina por egreso hospitalario están relacionadas con la maternidad, mientras que las de morbilidad masculina guardan relación con enfermedades digestivas. Es importante decir que del total de egresos hospitalarios, que suman más de cinco millones, 69.2% correspondía a mujeres.

Para ese mismo año, la mortalidad en el país muestra que las defunciones hospitalarias de hombres representan un porcentaje mayoritario (53%) en comparación con las defunciones de mujeres (47%). Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte de mujeres y de hombres: 20.6% de las de

²² *Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano*, PNUD. Disponible en línea: <<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/informes/index.html>> (visitada el 19 de febrero de 2010).

²³ Índice de desarrollo humano: 0.8837; índice de educación: 0.9031; índice de ingreso: 0.9079; índice de salud: 0.8401. En lo que concierne al índice de salud, el promedio nacional es de 0.8250 y Chiapas tiene el más bajo del país, con 0.8013. Estos datos ponen en contexto el índice de salud del Distrito Federal.

²⁴ El IDG mide el logro promedio en las tres dimensiones y variables en que lo hace el índice de desarrollo humano, pero toma también en cuenta la desigualdad en el logro alcanzado entre mujeres y hombres; entre mayor es la disparidad de género en el desarrollo humano, más bajo es el IDG comparado con el índice de desarrollo humano.

²⁵ El IPG indica la medida en que las mujeres participan activamente en la vida política y económica.

²⁶ Que redujo su IDG entre 2002 y 2003 y apenas lo aumentó 0.43% entre 2000 y 2004. *Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007...*, *op. cit.*

²⁷ *Los desafíos del milenio ante la desigualdad de género*, Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer, Comisión Económica para América Latina, LC/R.2138, marzo de 2007, p. 42. Disponible en línea: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/28775/Compendio%20MDG%20Graficos-final2.pdf>> (visitada el 21 de febrero de 2010).

²⁸ *Ibidem*, p. 87.

²⁹ La información sobre morbilidad y mortalidad proviene de las Estadísticas del Sistema Nacional de Salud para 2002 y 2008.

mujeres y 17.7% de las de varones; mientras que la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar (15.9 y 12.3%, respectivamente).

La situación de la salud en el Distrito Federal (2002-2008)

En 2005 la población total del Distrito Federal sumaba 8 720 916 habitantes, de los cuales 4 549 233 eran mujeres y 4 171 683 hombres.³⁰

En cuanto al número de médicos por cada 100 000 habitantes, los datos muestran un alto número de médicos en el Distrito Federal.

Cuadro 1 Porcentaje de médicos por cada 100 000 habitantes, promedio nacional y Distrito Federal, 2000-2006

Año	Porcentaje nacional	Porcentaje en el Distrito Federal
2000	120.0	268.0
2001	119.5	280.1
2002	118.6	276.3
2003	87.1	164.7
2004	92.8	207.6
2005	101.9	188.7
2006	138.7	307.9

Fuente: principales indicadores de recursos humanos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2000 a 2006, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, disponible en línea: <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal20&s=est&c=7010&e=09>> (visitada el 19 de febrero de 2010).

Vinculado al tema de la salud materno infantil, en 2005 una de las fecundidades mínimas en el ámbito nacional le correspondió al Distrito Federal.³¹ Para 2006 había en la entidad 20 242 médicos, 1 014 ginecólogas y 1266 pediatras.³² En 2008 se atendieron un total de 34 420 partos y 14 345 cesáreas en unidades médicas del Distrito Federal.³³

En lo que corresponde al número de defunciones maternas por año de registro en el Distrito Federal, la evolución de 2002 a 2008 es la siguiente:

³⁰ *Agenda estadística 2008*, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Disponible en línea: <<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2008/>> (visitada el 21 de febrero de 2010).

³¹ Raúl Romo Viramontes y Miguel Sánchez Castillo, *El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población*, p. 33. Disponible en línea <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/02.pdf>> (visitada el 19 de febrero de 2010).

³² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, datos disponibles en línea: <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal23&s=est&c=9012&e=09>> (visitada el 21 de febrero de 2010).

³³ *Agenda estadística 2008...*, *op. cit.*

Cuadro 2 Defunciones maternas en México por año de registro, 2002-2006

Año	Número de defunciones
2002	77
2003	99
2004	87
2005	80
2006	78
2007	89
2008	69

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/RazonMuerteMaternayDefunciones.xls>> (consultado el 19 de febrero de 2010). El número de defunciones maternas por causa en <<http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/MMPorCausasxEF2002-2007.xls>> (visitada el 19 de febrero de 2010).

Así, la tasa de mortalidad materna³⁴ del Distrito Federal durante el periodo 2000-2007 presentó la siguiente evolución:

Cuadro 3 Tasa de mortalidad materna en el Distrito Federal, 2000-2007

Año	Tasa
2000	58.7
2001	65.5
2002	54.6
2003	70.9
2004	64.8
2005	61.1
2006	59.6
2007	68.1

Fuente: *Agenda estadística 2008*, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

³⁴ Tasa por 100 000 nacidos vivos estimados.

En cuanto al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso, por entidad federativa, se muestra una alta incidencia en el Distrito Federal que supera el promedio nacional.³⁵

Cuadro 4 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, promedio nacional y Distrito Federal, 2002-2006

Año	Promedio nacional	Distrito Federal
2002	4.5	6.3
2003	7.4	9.4
2004	6.4	10.2
2005	6.6	10.6
2006	6.6	10.1 ³⁶

Fuente: INEGI, <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal08&s=est&c=3898&e=09>> (visitada el 21 de febrero de 2010).

La morbilidad por egresos hospitalarios proporciona información sobre las enfermedades y problemas de salud más atendidos en los hospitales del Sector Salud. En 2002 hubo sólo en el Distrito Federal 690 274 egresos hospitalarios, de los cuales 65% corresponde a mujeres (449 325) y 35% a hombres (240 941).

En ese año, 40.7% de los egresos hospitalarios de mujeres se debió a causas de maternidad; seis años más tarde el porcentaje por esta causa se redujo sólo en dos puntos porcentuales. Los egresos por afecciones originadas en el periodo perinatal se mantuvieron en la misma proporción tanto en 2002 como en 2008: 3% del total de egresos hospitalarios de mujeres.

Los egresos hospitalarios por causas de maternidad incluyen el parto único espontáneo, hemorragia obstétrica, infección puerperal, edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto obstruido, aborto y causas obstétricas indirectas, entre otras; mientras que en las afecciones originadas en el periodo perinatal se encuentran el bajo peso al nacimiento y prematurez, asfixia y trauma al nacimiento, infecciones específicas del periodo perinatal, entre otras.

En la población masculina, los egresos hospitalarios por enfermedades respiratorias representaron 13.4% en 2002 y 14.5% en 2008; ocupan el segundo lugar las causas externas de morbilidad y mortalidad, con 12.5 y 11.2 % del total de egresos hospitalarios en el mismo periodo.³⁷ Esto ejemplifica que los hombres,

³⁵ Los recién nacidos que pesan menos de 2 500 gramos tienden a presentar mayores complicaciones en su crecimiento y desarrollo, y se les considera pacientes de alto riesgo, por lo que requieren servicios especializados de salud. El peso del recién nacido está correlacionado con las condiciones físicas de su madre debido a múltiples causas, entre ellas la desnutrición de la madre en la infancia y adolescencia, la mala alimentación durante el embarazo, su estatura (inferior a 1.5 m), su peso (por debajo de 50 kg) y si el embarazo ocurre en edad temprana.

³⁶ El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) maneja un dato superior al que establece el INEGI. Inmujeres afirma: “en México, en 2006, aproximadamente 7 de cada 100 niños nacidos vivos pesaron menos de 2 500 gramos al nacer. De manera específica, Baja California Sur (0.5%), Colima (0.6%), Campeche y Nayarit (0.7%) son las entidades con el menor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso; en contraste, los estados donde se observan los mayores porcentajes de recién nacidos con bajo peso son Distrito Federal (13.9%), Estado de México (11.5%) y Jalisco (6.2 %)”. Información disponible en línea: <<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/133.pdf>> (visitada el 21 de febrero de 2010). En todo caso, ambas cifras muestran una realidad que debe de ser atendida y una alta incidencia que debe de ser contrarrestada.

³⁷ Este grupo concentra fracturas; amputaciones de miembros superior e inferior; luxaciones, esguinces y desgarros de regiones específicas y de múltiples regiones del cuerpo; traumatismos; heridas; quemaduras y corrosiones; envenenamiento por drogas y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicinales; complicaciones precoces, complicaciones de atención médica y quirúrgica y secuelas de traumatismos y envenenamientos; los demás traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.

generalmente, están más expuestos a actividades de riesgo, por lo que tienen más peso las enfermedades por causas externas, básicamente accidentes y golpes.

Cuadro 5 Distribución de la morbilidad por egreso hospitalario según sexo, 2002 y 2008

Enfermedad	Egresos hospitalarios 2002			Egresos hospitalarios 2008		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	(690 274)	(240 0941)	(449 325)	(681 626)	(238 025)	(443 592)
	2.8	4.1	2,1	2,5	3,6	2.0
Infecciones respiratorias	2.9	4.7	2,0	2,6	4,0	1.8
Causas por maternidad	26.5	0.0	40.7	25.2	—	38.7
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.2	6.5	3.0	4.3	6.7	3.0
Deficiencias de la nutrición	0.4	0.5	0.3	0.4	0.5	0.3
Tumores malignos	6.1	7.1	5.6	7.0	8.7	6.1
Otros tumores	3.3	1.7	4.1	3.7	2.0	4.6
Diabetes mellitus	2.5	3.5	2.0	2.3	3.3	1.7
Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	1.2	1.04	1.1	1.5	1.8	1.3
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	2.7	3.8	2.1	3.0	4.0	2.4
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.9	2.6	1.5	1.9	2.5	1.5
Enfermedades cardiovasculares	6.2	9.2	4.7	6.3	9.5	4.6
Enfermedades respiratorias	2.9	4.3	2.1	2.7	4.1	1.9
Enfermedades digestivas	10.4	13.4	8.9	11.2	14.5	9.5
Enfermedades del sistema genitourinario	6.9	8.6	6.0	8.0	10.3	6.8
Enfermedades de la piel	2.0	2.7	1.7	0.9	1.3	0.7
Enfermedades del sistema músculoesquelético	1.9	2.3	1.7	3.1	3.7	2.9
Anomalías congénitas	2.6	4.0	1.9	2.6	3.9	1.9
Enfermedades de la boca	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2
Causas externas de morbilidad y mortalidad	7.1	12.5	4.2	6.6	11.2	4.1
Causas mal definidas	1.2	1.8	0.9	1.2	1.6	1.0
Otras causas de contacto con los servicios de salud	3.9	4.9	3.3	2.8	2.4	3.0

Fuente: SSA, *Boletín de Información Estadística*, núm. 22, vol. II, Daños a la Salud, 2002.

Del total de defunciones de mujeres y hombres, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades digestivas representan las principales causas de muerte en el Distrito Federal, en ese orden.

La mortalidad por causas de maternidad, si bien constituye un porcentaje bajo respecto al total de causas de muerte de la población femenina, es un dato que debe interpretarse con especial cuidado, pues su reducción durante el periodo 2002-2008 fue muy leve: de 0.7 a 0.5%, mientras que la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal disminuyó de 6.9 a 4.2% del total de defunciones femeninas.

Cuadro 6 Distribución de la mortalidad por causa de la defunción según sexo, 2002 y 2008

Mortalidad por causa	Defunciones hospitalarias 2002			Defunciones hospitalarias 2008		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0 (22.789)	100.0 (11.631)	100.0 (11.152)	100.0 (22.603)	100.0 (11.285)	100.0 (11.128)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5.7	7.2	4.2	6.6	8.0	5.3
Infecciones respiratorias	5.0	4.8	5.2	4.6	4.8	4.5
Causas maternas	0.4	0.0	0.7	0.2	-	0.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7.6	8.2	6.9	5.0	5.8	4.2
Deficiencias de la nutrición	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
Tumores malignos	14.5	13.3	15.8	15.6	14.5	16.9
Otros tumores	0.9	0.9	1.0	1.2	0.9	1.4
Diabetes mellitus	12.4	11.2	13.7	14.5	13.5	15.8
Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	1.9	1.9	2.0	1.7	1.8	1.7
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	1.8	2.2	1.3	1.8	2.3	1.4
Enfermedades de los órganos de los sentidos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enfermedades cardiovasculares	20.0	18.2	22.0	19.5	18.2	21.1
Enfermedades respiratorias	4.7	4.9	4.5	4.7	4.6	4.9
Enfermedades digestivas	11.5	12.6	10.4	10.5	12.0	9.2
Enfermedades del sistema genito-urinario	4.2	4.5	3.9	4.4	5.0	3.8
Enfermedades de la piel	0.4	0.3	0.5	0.2	0.2	0.2
Enfermedades del sistema músculo esquelético	0.6	0.2	1.0	1.0	0.5	1.4
Anomalías congénitas	3.3	3.6	3.0	3.0	3.1	2.9
Enfermedades de la boca	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	3.3	4.4	2.2	3.4	4,3	2.5
Causas mal definidas	1.2	1.2	1.1	1.6	0.0	1.5

Fuente: SSA, *Boletín de Información Estadística*, núm. 28, vol. II. Daños a la salud.

La mortalidad materna es un asunto de salud pública y corresponde al Estado tomar las medidas necesarias para combatirla. Es desafortunado que siendo ésta una meta del milenio, su cumplimiento sea incierto. Aunque en el Distrito Federal la mortalidad por esta causa es comparativamente menor que en otras entidades federativas, el objetivo para su reducción deberá seguir siendo un tema prioritario en la agenda de salud.

Ahora bien, existe un marco normativo internacional, nacional y local sobre la protección del derecho de las mujeres a la salud y, específicamente, el derecho a la salud materno infantil, el cual someramente abordaremos a continuación.

El tema de la salud en los instrumentos internacionales

En 1948 se proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de los Derechos Humanos. En su artículo 25 establece que “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”. Asimismo señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

En 1966 se firmó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, en el que se protege el derecho a la salud y la no discriminación en el cumplimiento de tales garantías. De éstas destacan la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, así como la creación de condiciones que aseguren a todas las personas asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En 1981 entró en vigor la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), una garantía para que las mujeres gocen de sus derechos sin excepción:

- a) 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
- b) Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Con el fin de incluir progresivamente otros derechos y libertades en el régimen de protección de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Parte de la Convención firmaron en 1988 el “Protocolo de San Salvador”, en el cual quedó consagrado el derecho a la salud.

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 1994, conocida como Conferencia del Cairo, establece el concepto de salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello implica el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos.

En 1995 se llevó a cabo, en Beijing, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en la que se acordó que el derecho de las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular, su propia fecundidad, debe ser reconocido explícitamente con el fin de fortalecer su papel activo y equitativo dentro de la sociedad.

La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive. El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.³⁸

Durante los trabajos de la Cuarta Conferencia se acordó una plataforma de acción por temas y problemas prioritarios. En cada caso, se establecieron objetivos estratégicos y medidas para ser adoptadas por distintos agentes, entre ellos, gobiernos de los estados que participaron, organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas. En el tema de la salud se establecieron los siguientes objetivos:

1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.
2. Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer.
3. Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.
4. Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer.
5. Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres.

En 1998 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos presentó el *Informe sobre la situación de los derechos humanos en México*. En materia del derecho de las mujeres a la salud, la recomendación es que se “investiguen las denuncias realizadas en relación con la práctica de algunos establecimientos, consistente en la colocación de dispositivos intrauterinos sin el consentimiento de la mujer, y en su caso, restablecer las situaciones y sancionar a los responsables de acuerdo a la ley” (capítulo XI, párrafo 755).

Por otra parte, en la Recomendación general número 24, llevada a cabo en 1999, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señaló que los Estados Parte deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra ella, y a garantizar el acceso universal de todas a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos de salud sexual y reproductiva.

³⁸ Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, septiembre de 1995. Disponible en línea: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.sp>> (visitada el 25 de enero de 2009).

Los Estados Parte deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable al dedicado a la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en la materia. Los Estados Partes también deberían, en particular:

- a) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten la salud de la mujer y hacerla participar en la planificación, ejecución y vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer.
- b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, incluso en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida).
- c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.
- d) Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención.
- e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de las mujeres, incluidos sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.³⁹

En el año 2000, el Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas, en su Observación general número 14 sobre el derecho al Disfrute del más alto nivel posible de salud, definió cuatro criterios esenciales que conforman las condiciones bajo las cuales el derecho a la salud debe cumplirse: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁴⁰

El Comité considera que el derecho de las mujeres a la salud debe orientarse hacia la prevención, el tratamiento y la atención de alta calidad, que incluya los servicios en materia de salud sexual y reproductiva.

En 2006, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó a México que “amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres

³⁹ Resumen contenido en el *Diagnóstico sobre la violencia de género y las desigualdades*, op. cit. La Recomendación general número 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer completa puede verse en: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>> (visitada el 21 de febrero de 2010).

⁴⁰ 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: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. 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 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.

tengan acceso a esos servicios. Además, el Comité recomienda que se promueva e imparta ampliamente la educación sexual entre hombres y mujeres y adolescentes de ambos sexos”.⁴¹

En 2007, se publicó la *Actualización del capítulo 5 del Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México*,⁴² donde se incluyen propuestas de acción a seguir por tema y por ámbito de poder: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. La *Actualización* se basa en tres aspectos fundamentales: *a)* homologar las legislaciones estatales que protegen los derechos humanos de las mujeres a los estándares más altos vigentes en el país (códigos penales y civiles, reglamentación laboral, justicia cívica); *b)* asegurar que todas las estadísticas de población se produzcan y difundan por sexo; así como, *c)* promover y procurar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde la integralidad de los derechos humanos y articularlos con otros ámbitos.

Los derechos humanos remiten a los principios de libertad, igualdad y solidaridad de todas y cada una de las personas. Por ello, son universales, inalienables e interdependientes. La relevancia de la diferencia sexual y el reconocimiento de las diferencias en las capacidades reproductivas entre mujeres y hombres, así como su impacto social, principalmente de desigualdad y discriminación, generó en la década de los noventa del siglo pasado el reconocimiento explícito, filosófico y político, de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Estos derechos están reconocidos en diferentes tratados internacionales, dado que se fundan en la protección a derechos humanos: como el derecho a la vida, la salud, a la intimidad, la igualdad y no discriminación, la integridad personal y a una vida libre de violencia, entre otros.⁴³

La *Actualización* también sugiere propiciar el debate sobre el aborto como un problema de salud pública y no como problema ideológico, con el propósito de avanzar en la eliminación de abortos clandestinos para disminuir la mortalidad materna.⁴⁴

El tema de la salud en la normativa nacional y local

25

En México la protección de la salud es un derecho garantizado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁴⁵ en el cual se definen todos los servicios que el Estado está obligado a proveer. De acuerdo con el artículo 1° constitucional, los servicios de salud deben brindarse sin discriminación alguna:

queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Específicamente, el artículo 61 de La Ley General de Salud establece que la atención materno infantil tiene carácter prioritario e incluye las siguientes acciones:

⁴¹ Recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer al 6° Informe de México (2006), 36 periodo de sesiones. Disponible en línea: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/CONCLUDING_COMMENTS/Mexico/Mexico-CO-6.pdf> (visitada por última vez el 21 de febrero de 2010).

⁴² Oficina en México del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, México.

⁴³ OACNUDH (2007), *Actualización del capítulo 5 del Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México*, México, p. 35.

⁴⁴ En dicho documento se suman 25 propuestas para promover y procurar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los cuales enmarcan las acciones que el Estado mexicano debe llevar a cabo para garantizar parte importante del derecho de las mujeres a la salud.

⁴⁵ “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 lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.
- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento, y
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.

Además, la norma NOM-007-SSA2-1993 *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, intenta disminuir los riesgos que corren la madre y el recién nacido durante el embarazo, el parto y el puerperio, ya que en la mayoría de los casos los riesgos responden a procedimientos incorrectos por parte del personal de salud a cargo.

En el ámbito local se cuenta con la Ley de Salud del Distrito Federal, en la que se destaca la sensibilidad a la atención de poblaciones específicas:

- a) La prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación, preferentemente en beneficio de mujeres, hombres, niñas, niños, las y los jóvenes y personas adultas mayores en situaciones especiales de vulnerabilidad y de la población de mayor riesgo y daño;
- b) La prestación de los servicios de atención materno infantil que comprende la atención de las niñas y los niños y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo de su salud mental, la promoción de la vacunación oportuna, la atención especial a la prevención de embarazos precoces y la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En términos de protección a la salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal, desde 2007 la interrupción del embarazo antes de la semana 12 de gestación no se constituye como delito. La Ley de Salud del Distrito Federal determina que las unidades de salud de la ciudad de México garanticen el derecho de la mujer a interrumpir un embarazo antes de la semana 12, de acuerdo con la Circular/GDF-SSDF/01/06, que contiene los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal.

Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal

En 2008 se publicó el *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*, con base en los estándares internacionales y en el análisis de su cumplimiento en la ciudad de México. Este trabajo se llevó a cabo en coordinación con diversas organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, el Gobierno del Distrito Federal, el Tribunal Superior de Justicia, la Asamblea Legislativa y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) participó como observadora permanente.

En el diagnóstico se analiza el derecho a la salud en general, y en particular los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; además, se destacan dos temas específicos de la salud de las mujeres de suma importancia para el ejercicio de sus derechos humanos: la mortalidad materna y el cáncer mamario.

En lo que corresponde a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en el diagnóstico se enlistan los principales hechos violatorios:

- a) Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar.
- b) Negación de servicios de salud sexual y reproductiva.

- c) Falta de reconocimiento de la autonomía de las y los adolescentes para tomar decisiones concernientes a su sexualidad y su reproducción.
- d) Falta de acceso a servicios de aborto legal.
- e) Abuso y la violencia sexual.

En el tema del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, es importante considerar la disponibilidad de servicios y la autodeterminación para tomar decisiones relacionadas con las cuestiones reproductivas libres de violencia y coacción. En el Distrito Federal ha habido importantes avances legislativos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, entre los cuales destacan:

- a) Ley de las y los Jóvenes del Distrito Federal (capítulo específico sobre derechos sexuales y reproductivos).
- b) Reforma a la Ley de Salud del Distrito Federal, en la que se establece el marco jurídico para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).
- c) Reformas al Código Penal en relación con la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).
- d) Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.

Sin embargo, estos avances aún no son suficientes para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sobre todo por la permanencia de papeles y estereotipos de género y un alto grado de desconocimiento del tema entre la población. Por esta razón, se debe priorizar el trabajo legislativo y los programas orientados hacia la sensibilización y capacitación del sector salud y de las y los funcionarios públicos en general, la educación sexual en todos los ámbitos, así como el conocimiento de las personas sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

En materia de derechos humanos, y desde una perspectiva transversal, hace falta mucho trabajo de capacitación con enfoque de género dirigido a las y los prestadores del servicio de salud, como una estrategia central para erradicar la discriminación hacia las mujeres en ese rubro.

De este modo, el derecho de las mujeres a la salud debe tomar en cuenta las necesidades de grupos específicos de población que impliquen situaciones de discriminación por su condición misma. Tal es el caso de la población lesbiana, gay, bisexual, transgénero, travesti, transexual e intersex (LGBTTI), mujeres con VIH/sida, mujeres con discapacidad, mujeres en situación de prostitución, mujeres migrantes, mujeres indígenas y mujeres en reclusión.

Una condición importante para el cumplimiento del derecho de las mujeres a la salud consiste en estrechar esfuerzos entre el Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, con el objetivo de brindar una respuesta integral para que las mujeres ejerzan sus derechos humanos en el marco de los compromisos asumidos en el ámbito internacional.

Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal

En 2009 se publicó en la ciudad de México el *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, a partir de los resultados y recomendaciones del *Diagnóstico* antes mencionado. De igual manera, fue realizado por organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, el Gobierno del Distrito Federal, la Asamblea Legislativa, el Tribunal Superior de Justicia y, como Secretaría Técnica, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. La OACNUDH participó como observadora permanente.

Se pretende que el *Programa* sea una herramienta para la planeación, programación, coordinación y articulación del trabajo del Estado, con el fin de que exista un referente común en materia de derechos humanos para el diseño e implementación de políticas públicas y legislación.

A continuación se presentan los objetivos específicos del *Programa* que se refieren al derecho de las mujeres a la salud, los cuales son un referente obligado para las acciones que se observarán y evaluarán para medir el avance en el ejercicio de este derecho de las mujeres en la ciudad de México.

1. Respetar, proteger, garantizar y promover, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el disfrute y exigibilidad del derecho a la salud física y mental, al disfrute del más alto nivel para las mujeres habitantes del Distrito Federal.
2. Respetar, proteger, promover y garantizar a todas las mujeres que habitan y transitan en el Distrito Federal una maternidad sin riesgos y asegurar la salud materna.
3. Respetar, proteger, promover y garantizar, bajo el principio de igualdad y no discriminación, los derechos sexuales y derechos reproductivos, de las mujeres que habitan y transitan en el Distrito Federal.
4. Respetar, proteger, promover y garantizar, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres que habitan y transitan en el Distrito Federal.
5. Respetar, proteger, promover y garantizar, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión en el Distrito Federal.
6. Respetar, proteger, promover y garantizar, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la población LGBTTTI que habita y transita por el Distrito Federal.
7. Respetar, proteger, promover y garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las personas con discapacidad que habitan y transitan en el Distrito Federal.
8. Seguir ampliando la disponibilidad de servicios y programas de salud preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos en materia de salud.
9. Garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean de buena calidad, aceptables desde la perspectiva de la diversidad cultural, y apropiados desde el punto de vista científico y médico.
10. Garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos en situación de discriminación y/o exclusión.

Por último, el *Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a derechos humanos* de la CDHDF tipifica una amplia gama de derechos a la salud, lo que permite dar seguimiento al cumplimiento cabal de las obligaciones que competen a cada institución. En este texto se define el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para asegurar el ejercicio pleno de las capacidades del ser humano, lo cual permitirá tener calidad de vida. Entre los derechos tipificados, mencionaremos aquellos cuya violación ha sido motivo de reiteradas quejas ante esta Comisión:

- a) Derecho a la atención médica integral de calidad.
- b) Derecho a la accesibilidad de los servicios de salud.
- c) Derecho a condiciones que aseguren asistencia médica y sanitaria.
- d) Derecho al consentimiento informado.
 - Derecho a la información que permita al paciente tener la debida información de los riesgos y beneficios esperados acerca de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.
 - Derecho de que las personas responsables de los pacientes sean informados respecto del estado de salud de la persona a su cargo y el tratamiento a seguir.

- e) Derecho a la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres.
- f) Derecho a que las personas responsables de los pacientes sean informadas respecto de su estado de salud y el tratamiento a seguir.
- g) Derecho de las personas privadas de libertad a la salud física o mental.

En el siguiente capítulo se presenta una síntesis de los servicios que ofreció la Comisión a las y los peticionarios que acudieron en 2009, incluyendo los que cumplen y no cumplen con sus atribuciones formales, así como el curso de las quejas que fueron calificadas en la competencia de esta Comisión. Asimismo, se describen las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos, en particular las de mujeres, y por último la información correspondiente a las autoridades responsables de los agravios.

Atención a mujeres en el Programa de Defensa 2009

De forma complementaria al tema central de este informe, este año dedicado al derecho a la salud de las mujeres, es importante dar a conocer de manera general los servicios proporcionados a las mujeres en el marco del Programa de Defensa y Protección de los Derechos Humanos. Una de las directrices de la CDHDF consiste en desagregar por sexo la información de las personas atendidas, lo que permite enfocarnos a los agravios cometidos en contra del derecho a la salud de las mujeres en el siguiente capítulo.

La CDHDF proporciona un conjunto de servicios que no sólo se ciñe a la recepción de las inconformidades que cumplen con el supuesto legal de competencia de la institución. Su labor considera también el apoyo a las mujeres en busca de una solución a sus problemáticas, si bien en ocasiones esto no es posible de manera directa.

En este capítulo se revisan los servicios que proporciona la Comisión, tanto los que cumplen con el supuesto legal de su competencia como los que no; después se revisa el curso de las quejas que fueron calificadas en la competencia de la institución, y de éstas, las que son presuntamente violatorias de derechos humanos, con especial interés en las quejas de mujeres. Además, se presenta información relativa a las autoridades responsables en las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos, los derechos humanos que fueron vulnerados, y finalmente una breve descripción de las personas que acudieron a la Comisión durante el año que se reporta, con base en la información que recoge el instrumento de medición del perfil sociodemográfico que aplica la Dirección General de Quejas y Orientación (DGQYO).¹

Esta información nos permite tener un panorama general de las funciones y el procedimiento de la Comisión, y sirve de base para el siguiente capítulo, dedicado al análisis de las quejas presuntamente violatorias del derecho a la salud de las mujeres.

¹ No siempre es posible acceder a la captura de los datos del perfil sociodemográfico de las y los peticionarios (por ejemplo, domicilio, edad, estado civil, etcétera).

Por eso es importante conocer el proceso de atención que se brinda a la ciudadanía en el marco del Programa de Defensa, que básicamente consta de tres momentos: el primero, cuando las personas acuden a la Comisión para solicitar algún servicio; el segundo, una vez que se determinó que el caso amerita la apertura de una queja y que la Comisión tiene competencia sobre la solicitud presentada al determinar si, efectivamente, existió una presunta violación de derechos humanos; el tercero consiste en la determinación de una violación a los derechos humanos de alguna o varias personas y que no hay solución posible por otra vía, la recomendación que emite la Comisión a las autoridades correspondientes y el seguimiento para su cumplimiento.²

Servicios proporcionados por la CDHDF³

A través de la DGQYO se proporcionan servicios personalizados, por vía telefónica, por escrito, por correo electrónico y mediante el Sistema Infomex, que pueden ser de competencia o no competencia según la Ley y el Reglamento de la CDHDF, y definen justamente la facultad jurídica o competencia de la Comisión para iniciar una investigación respecto de las quejas por presuntas violaciones a derechos humanos.

Aun en el caso de no competencia, la Comisión orienta y canaliza en la medida de lo posible y dentro del marco de sus facultades legales. Los servicios más comunes de no competencia son la orientación verbal, la orientación con oficio (también llamadas canalizaciones), las remisiones a otras dependencias, las respuestas a peticiones por vía electrónica y las respuestas a peticiones por escrito.

En lo que se refiere a los servicios de competencia legal de la Comisión, los más comunes son la apertura de una investigación respecto de la queja por presuntas violaciones a derechos humanos, así como la respuesta a las solicitudes de información pública.

Durante 2009, la DGQYO proporcionó un total de 36 744 servicios, de los cuales 42% se clasificaron como servicios de competencia, mientras que los de no competencia correspondieron a 58% (cuadro 1).

Cuadro 1. Servicios proporcionados por la DGQYO, según sexo de las y los peticionarios, 2009

Rubro de servicio	Total	Mujeres	Hombres
Servicios de no competencia	21 358	12 263	9 095
Servicios de competencia	15 386	8 122	7 264
<i>Admisibilidad</i>	13 848	7 627	6 221
<i>Oficina Información Pública</i>	1 538	495	1 043
Total	36 744	20 385	16 359

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

A partir de la información que proporcionan las personas usuarias, la DGQYO evalúa su competencia jurídica para iniciar una investigación por presuntas violaciones a derechos humanos o determinar si no cuenta con la competencia y, entonces, prestar el servicio correspondiente.

² Tratándose de violaciones graves, la comprobación de la violación siempre llevará a emitir una recomendación.

³ Toda la información de números absolutos de las estadísticas referidas a los servicios proporcionados por la CDHDF, tanto de no competencia como de competencia, se obtuvo de la Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información, Dirección General de Quejas y Orientación, CDHDF, *Informe anual 2009*.

Servicios de no competencia

En el 2009 la CDHDF brindó 21 358 servicios de no competencia, lo que significa una disminución de 15% con respecto a 2008. En el cuadro 2 se presenta un comparativo entre 2008-2009 según el tipo de servicios de no competencia, en este último año 58% de estos servicios fueron otorgados a mujeres.

Cuadro 2 Servicios de no competencia brindados y porcentaje de peticionarias, 2008-2009

Tipo de servicios de no competencia	Servicios de no competencia				Porcentaje de peticionarias mujeres en 2009
	Total 2008	(%)	Total 2009	(%)	
Orientación verbal	17 437	69.4	15 400	72.1	58.3
Orientación con oficio	4 411	17.6	2 835	13.3	56.2
Remisiones	1 393	5.5	1 299	6.1	55.7
Respuestas a peticiones vía electrónica	658	2.6	517	2.4	58.6
Respuestas a peticiones por escrito	459	1.8	518	2.4	42.7
Orientación verbal con solución inmediata	279	1.1	229	1.1	65.8
Servicio de colaboración	253	1.0	314	1.5	63.9
Documento improcedente*	115	0.5	52	0.2	46.2
Curso de remisión	65	0.3	131	0.6	57.3
Expediente de colaboración	45	0.2	50	0.2	44.0
Aportación a remisión	7	0.0	13	0.1	46.2
Total	25 122	100.0	21 358	100.0	57.6

*Asuntos improcedentes: aquellos en los que no procede que nuestra institución haga algo, pero se registra la comunicación y se valora para seguimiento.

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

Los servicios de no competencia se canalizan en acciones diversas a instancias que sí puedan responder a las necesidades de la población. La orientación verbal ocupa más de 70% de los servicios de no competencia.

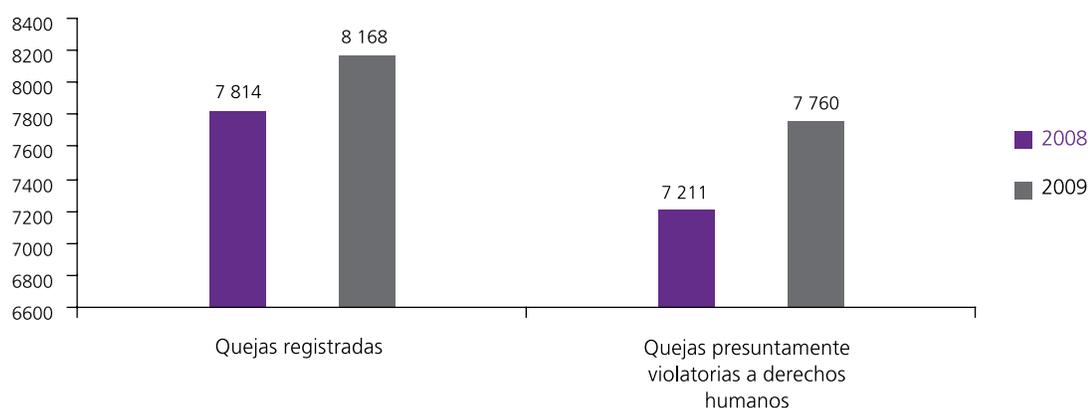
Servicios de competencia

Durante 2009 se proporcionaron 15 386 servicios de competencia; ahora se muestra el detalle de aquellos que dieron lugar al registro de expedientes de queja y se destacan los datos correspondientes a mujeres.

QUEJAS REGISTRADAS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, la Comisión registró un total de 8 168 quejas, de las cuales 7 760 fueron calificadas como presuntamente violatorias de derechos humanos.

Gráfico 1 Total de quejas registradas y quejas calificadas como presuntamente violatorias de derechos humanos, comparativo 2008-2009



Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

En el gráfico 1 se observa un incremento en el número de quejas entre 2008 y 2009, de 7 814 a 8 168, lo que representa un aumento de 4,3%. Las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos pasaron de 7 211 a 7 760, con 7% de incremento.

Las personas que acuden a la Comisión a presentar una queja se clasifican como:

- Peticionaria o peticionario: la persona que formula la queja sin ser agraviada.
- Peticionaria y agraviada o peticionario y agraviado: aquella persona que acude directamente a formular una queja por haber sido ella misma víctima de presuntas violaciones a sus derechos humanos.
- Agraviada o agraviado: es la persona que ha sufrido presuntas violaciones a sus derechos humanos, cuya queja es presentada por un tercero.

Cuadro 3 Condición de las personas por quejas registradas, comparativo 2008-2009

Condición de las personas	2008			2009		
	Total	(%)	Porcentaje que representan las mujeres	Total	(%)	Porcentaje que representan las mujeres
Peticionaria	2 042	14.0	71.6	2 290	15.2	71.9
Peticionaria/agraviada	5 686	38.9	47.1	5 722	37.9	47.0
Agraviada	6 405	43.8	32.1	6 288	41.6	30.5
Colectivo de personas agraviadas	494	3.4	n.a	800	5.3	n.a
Total	14 627	100.0	42.4	15 100	100.0	41.4

n. a. = no aplica.

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

En los servicios de competencia de la CDHDF, las mujeres son más peticionarias en investigaciones sobre presuntas violaciones de derechos humanos, pero no necesariamente están involucradas como víctimas o agraviadas. Es decir, apoyan más para gestionar la denuncia y la reparación de daños infligidos a otras personas que para sí mismas, tal como se muestra en el cuadro 6.

Al comparar la distribución por sexo de la condición que se tiene en una queja, es decir, peticionaria, peticionaria y agraviada a la vez, o sólo agraviada, las peticionarias representan 71.6% del total de personas

en esta condición, mientras que el porcentaje de peticionarios varones se mantuvo en 28% en 2008 y 2009. Esto demuestra que hay una tendencia mayor de las mujeres a apoyar procesos de denuncia de presuntas violaciones a derechos sin ser ellas directamente las agraviadas.

La situación cambia en el caso de quienes son peticionarias y además agraviadas, pues las mujeres en esta condición suman 47% y los hombres 53%. Si relacionamos estos datos con la condición exclusiva de personas agraviadas, en que los hombres son mayoría, es posible afirmar que en la denuncia e investigación de una queja los hombres cuentan con el apoyo de una tercera persona en mayor medida que las mujeres, pues generalmente ellas se gestionan a sí mismas la reparación de los agravios vividos.

Lo anterior se refleja en los porcentajes de mujeres y hombres agraviados, los cuales corresponden a 30.5% y 69.5%, respectivamente, en 2009. Pese a que son más las mujeres que los hombres que acuden a servicios de la Comisión, son más los hombres a los que se registra con presuntas violaciones a sus derechos.

CALIFICACIÓN DE LAS QUEJAS REGISTRADAS

En el cuadro 4 se observa la clasificación de las quejas y su incidencia, además del porcentaje de las quejas presentadas por peticionarias. De las 8 168 quejas registradas en 2009, más de la mitad corresponden a mujeres (53.1%, lo que equivale a 4 337 quejas). Respecto a las 7 760 quejas presuntamente violatorias presentadas en el periodo, casi la misma proporción correspondió a mujeres (53.6%).

Cuadro 4 Calificación de las quejas registradas en 2009 y porcentaje que representan las correspondientes a mujeres

Calificación de las quejas	Total	(%)	Porcentaje que representan las quejas de mujeres
Quejas presuntamente violatorias a derechos humanos	7 760	95.0	53.6
Quejas respecto a las cuales fue incompetente la CDHDF	190	2.3	48.9
Quejas pendientes de calificar	142	1.7	39.4
Quejas improcedentes	76	0.9	39.5
Total	8 168	100.0	53.1

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

Cuadro 5. Calificación de las personas por tipo de quejas que presentaron y porcentaje que representan las mujeres 2009

Calificación de las personas	Total	(%)	Porcentaje que representan las mujeres
Quejas presuntamente violatorias a derechos humanos	11 348	94.5	38.1
Quejas respecto a las cuales fue incompetente la CDHDF	293	2.4	47.4
Quejas pendientes de calificar	271	2.3	37.3
Quejas improcedentes	98	0.8	41.8
Total	12 010	100.0	38.4

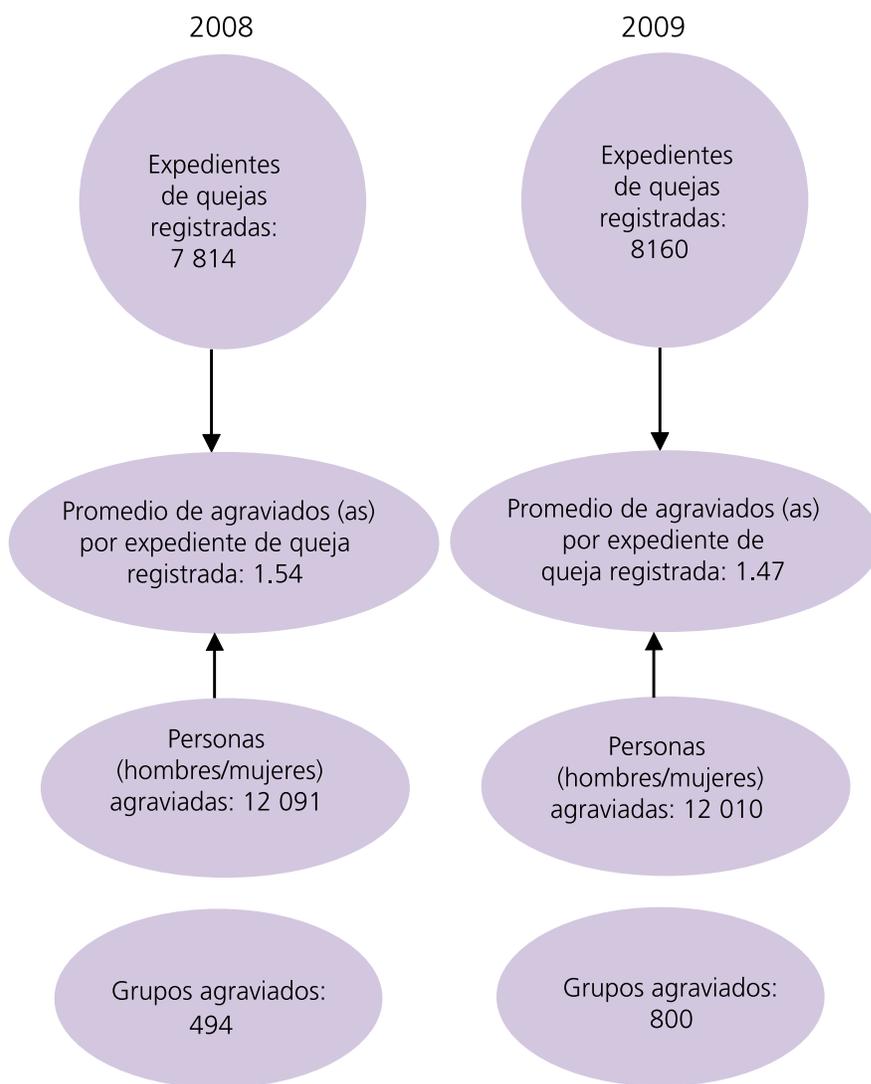
Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

En las 8 168 quejas registradas en el año que se reporta, estuvieron involucradas 12 010 personas en calidad de agraviadas, de las cuales más de la tercera parte son mujeres (4 612).

DIAGRAMAS DEL PROCESO DE LAS QUEJAS

A continuación se presenta una síntesis de los datos que resultan del proceso de las quejas, esto es, los agravios cometidos en contra de personas y de grupos de personas contenidos en los expedientes de queja, y el promedio de agraviados(as) por expediente de queja registrada.

Diagrama 1 Proceso de las quejas



Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

Diagrama 2 Quejas presuntamente violatorias de derechos humanos 2008-2009



Respecto a la información de las quejas, es importante aclarar lo siguiente:

- La queja puede hacerse por presunta violación a uno o más derechos humanos con responsabilidades de autoridades y de servidores públicos diferentes. El número de menciones es precisamente el número de denuncias sobre presuntas violaciones que aparecen en una queja, por lo tanto, el número de quejas es diferente al número de menciones.
- Muchas veces la persona que interpone la queja y aparece como peticionaria no es la misma que fue agraviada por un hecho presuntamente violatorio de derechos humanos.
- En un mismo expediente de queja puede presentarse la mención a la presunta violación a un mismo derecho por parte de autoridades distintas. Esto es comprensible si se piensa en el empalme de funciones y en las competencias superpuestas de varias autoridades respecto de un mismo tema.
- No siempre es posible capturar los datos personales de las víctimas o personas agraviadas (como el domicilio, la edad, la ocupación, etcétera).

QUEJAS PRESUNTAMENTE VIOLATORIAS DE DERECHOS HUMANOS PRESENTADAS POR MUJERES

Como se ha visto en este capítulo, las mujeres generalmente actúan como defensoras de los derechos humanos de otras personas, no necesariamente de los propios (véase cuadro 3). De las 5 949 mujeres involucradas en las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos, 42.6% acudió a formular una queja en calidad de peticionaria y agraviada; 27.3% corresponde sólo a peticionarias y 30.1% sólo a mujeres agraviadas.

Cuadro 6 Quejas presuntamente violatorias de derechos humanos y porcentaje que representan las quejas de mujeres, 2009

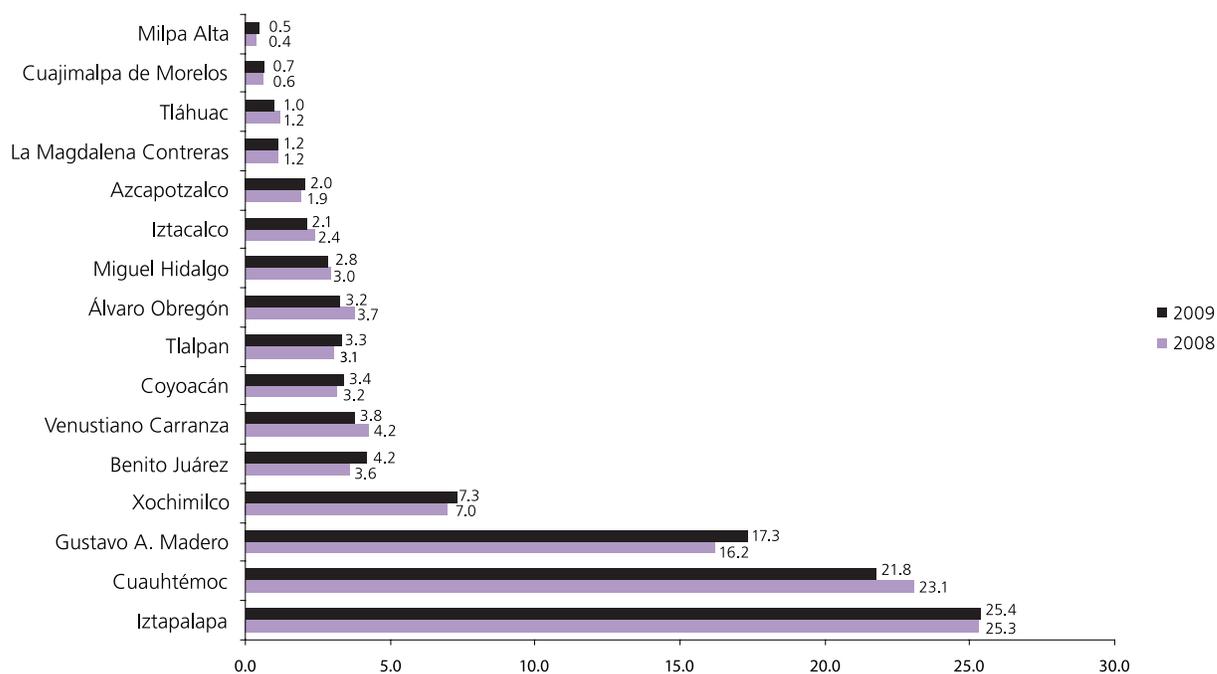
Condición	Absoluto	Porcentaje
Peticionario(a)	1 625	27.3
Peticionario(a) / agraviado(a)	2 532	42.6
Personas agraviadas	1 792	30.1
Total	5 949	100.0

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

DEMARCACIÓN TERRITORIAL DONDE OCURRIERON LAS PRESUNTAS VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS

Al considerar el lugar donde ocurrieron los hechos presuntamente violatorios a derechos humanos (7 760 en 2009), destacan las delegaciones Iztapalapa, Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero, que en conjunto concentran 64.5% de las violaciones denunciadas (gráfica 2).

Gráfico 2 Demarcación territorial donde ocurrieron las presuntas violaciones a derechos humanos, porcentaje comparativo 2008-2009



Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

La información del cuadro 7 permite identificar focos de atención, especialmente en Iztapalapa, Benito Juárez y Cuajimalpa, delegaciones donde las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos rebasan 60% del total de quejas.

Cuadro 7 Quejas presuntamente violatorias de derechos humanos por demarcación territorial donde ocurrieron los hechos y porcentaje que representan las quejas de mujeres, 2009

Demarcación territorial	Total de quejas presuntamente violatorias de derechos humanos	Porcentaje que representan las quejas de mujeres
Iztapalapa	1 970	61.5
Cuauhtémoc	1 688	44.9
Gustavo A. Madero	1 344	55.9
Xochimilco	569	57.5
Benito Juárez	326	61.5
Venustiano Carranza	293	44.9
Coyoacán	261	55.9
Tlalpan	257	57.5
Álvaro Obregón	252	53.1
Miguel Hidalgo	220	53.9
Iztacalco	164	47.1
Azcapotzalco	159	50.6
La Magdalena Contreras	90	51.2
Tláhuac	77	46.4
Cuajimalpa de Morelos	51	60.8
Milpa Alta	39	41.0
Total	7 760	53.6

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

El concepto *agravios* se refiere al número de ofensas de las que fueron objeto las personas al ser presuntamente violados sus derechos, ya sea por autoridad(es) señalada o por derecho(s) humano(s) vulnerado(s). Un expediente de queja puede contener una o más personas agraviadas, uno o más tipos de violación y una o más autoridades presuntamente implicadas.

Cuadro 8 Agravios presuntamente violatorios de derechos humanos por demarcación territorial donde ocurrieron los hechos y porcentaje que representan los correspondientes a mujeres, 2009

Demarcación territorial	Total de agravios	Porcentaje que representan los correspondientes a mujeres
Iztapalapa	2 652	37.6
Cuauhtémoc	2 569	42.1
Gustavo A. Madero	1 801	23.5
Xochimilco	755	34.4
Benito Juárez	492	44.1
Venustiano Carranza	469	46.7
Coyoacán	447	40.7

Cuadro 8 Agravios presuntamente violatorios de derechos humanos por demarcación territorial donde ocurrieron los hechos y porcentaje...(continuación)

Demarcación territorial	Total de agravios	Porcentaje que representan los correspondientes a mujeres
Tlalpan	432	46.5
Álvaro Obregón	431	40.8
Miguel Hidalgo	329	41.0
Azcapotzalco	294	41.8
Iztacalco	289	40.1
La Magdalena Contreras	125	53.6
Tláhuac	119	45.4
Cuajimalpa de Morelos	73	56.2
Milpa Alta	71	45.1
Total	11 348	38.1

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

En concordancia con lo anterior, el cuadro 8 refleja que Iztapalapa es la demarcación que concentra el mayor número de agravios (2 652), de los cuales 37.6% corresponden a mujeres, es decir, es la que tiene más quejas por hechos presuntamente violatorios y el mayor número de agravios presuntamente violatorios por queja registrada.

Las mujeres constituyen 38.1% de las personas agraviadas; destacan las delegaciones de Cuajimalpa de Morelos y Magdalena Contreras, en las cuales más de la mitad de las personas agraviadas son mujeres.

AUTORIDADES GENÉRICAS EN LAS QUEJAS PRESUNTAMENTE VIOLATORIAS DE DERECHOS HUMANOS

Respecto a las autoridades responsables, esta Comisión hace una clasificación, para efectos operativos, entre autoridad genérica y autoridad específica. En las genéricas se considera a una o más instituciones del Estado encargadas de proveer algún servicio, mientras que las específicas son las dependencias pertenecientes a estas instituciones estatales responsables de hacer operativas las políticas definidas institucionalmente.⁴ En el cuadro 9 se observa que 90% de las menciones de autoridades corresponde a organismos centralizados.

Cuadro 9 Menciones de autoridad en las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos por órgano de gobierno, comparativo 2008-2009

Órganos de gobierno	Total de menciones 2008	Total de menciones 2009	Diferencia (%)
Organismos centralizados	7 578	8 004	5.6
Delegaciones	635	648	2.0

⁴ CDHDF, *Informe especial sobre seguridad humana en la ciudad de México, 2006-2008*, p. 100.

Cuadro 9 Menciones de autoridad en las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos por órgano de gobierno...(continuación)

Órganos de gobierno	Total de menciones 2008	Total de menciones 2009	Diferencia (%)
Tribunal Superior de Justicia	271	232	-14.4
Organismos autónomos	41	42	2.4
Asamblea Legislativa	3	3	
Total	8 528	8 929	4.7

Fuente: CDHDF. Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

Las menciones de autoridad también deben valorarse en relación con los agravios por persona, de modo que el total de autoridades señaladas se convierte en un número mayor de agravios, pues una misma autoridad puede afectar a varias personas o puede realizar distintos agravios a una misma persona.

Las 8 929 menciones por autoridad afectan a más de 13 000 personas, de las cuales 38.5% son mujeres (cuadro 10).

Cuadro 10 Menciones de agravios presuntamente cometidos por órgano de gobierno, personas agraviadas y porcentaje que representan las mujeres, 2009

Órgano de gobierno	Total de menciones	Total	Porcentaje que representan las mujeres
Organismos centralizados	8 004	12 080	37.2
Delegaciones	648	857	52.9
Tribunal Superior de Justicia	232	444	48.2
Organismos autónomos	42	46	45.7
Asamblea Legislativa	3	3	33.3
Total	8 929	13 430	38.5

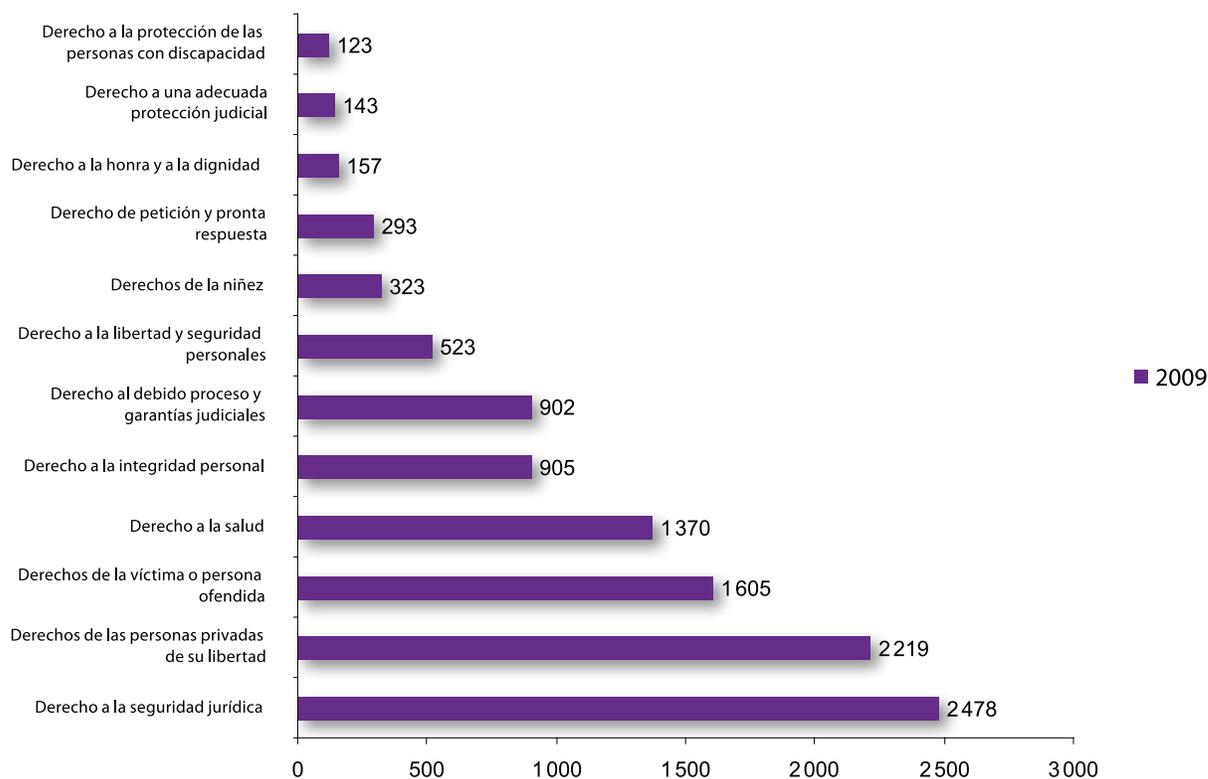
Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información.

Derechos humanos vulnerados

De las 7 760 quejas presuntamente violatorias, derivaron 11 832 menciones de vulneración de derechos humanos, lo que demuestra que una queja presuntamente violatoria puede involucrar la vulneración de uno o más derechos humanos. De éstos, la violación del derecho a la salud se ubicó en el cuarto lugar y representó 11.6% del total (1 370 menciones).⁵

⁵ Las violaciones al derecho a la salud sexual y reproductiva representaron sólo 0.1% del total de los derechos humanos vulnerados, lo que equivale a siete menciones).

Gráfico 3 Detalle del número de menciones por principales tipos de violación de derechos humanos, agrupadas por derecho genérico, 2009



Datos sociodemográficos de las personas atendidas en la CDHDF durante 2009

Con el fin de identificar algunas características de las personas que acuden a la CDHDF, la Dirección General de Quejas y Orientación aplica un cuestionario de carácter sociodemográfico, el cual permite una breve exploración de las condiciones sociales en las que viven las personas que llegan a esta institución porque suponen violados sus derechos. Durante 2009 se aplicaron 9 544 cuestionarios, de los cuales 54.1% corresponden a mujeres y 45.9% a hombres.

Cuadro 11. Distribución de las personas que acudieron a la CDHDF (respondieron el cuestionario) durante 2009 por sexo

	Total	(%)
Mujeres	5 163	54.1%
Hombres	4 381	45.9%
Total	9 544	100%

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información. Procesó la Jefatura de Análisis y Estadística.

La distribución de estas mujeres y estos hombres por edad, tipo de vivienda que habitan, estado civil, escolaridad, condición de actividad económica, sector laboral y posición en su ocupación, se presenta en el cuadro 12.

Cuadro 12 Distribución porcentual de la población que acudió a la CDHDF durante 2009 por variables sociodemográficas según sexo

Edad	Mujeres	Hombres	Total
De 12 a 17 años de edad	0.7	0.3	0.5
De 18 a 29 años de edad	16.4	11.7	14.2
De 30 a 44 años de edad	39.5	34.8	37.3
De 45 a 59 años de edad	31.3	31.2	31.3
60 años de edad o más	12.3	22.0	16.7
Total	100.0	100.0	100.0
Tipo de vivienda			
Casa independiente	62.1	65.8	63.8
Departamento en edificio	24.2	20.8	22.7
Vivienda o cuarto en vecindad	11.4	9.9	10.7
Otro tipo de vivienda	2.3	3.5	2.8
Total	100.0	100.0	100.0
Estado civil			
Casado (a)	36.2	51.7	43.3
Soltero (a)	34.6	26.2	30.7
Unión libre	13.9	14.1	14.0
Viudo(a)	8.4	3.3	6.0
Separado (a)	3.6	2.5	3.0
Divorciado (a)	3.3	2.2	2.8
Total	100.0	100.0	100.0
Nivel escolar			
No fue a la escuela	3.9	2.8	3.4
Nivel básico	54.4	55.1	54.7
Nivel medio superior	29.3	24.9	27.3
Nivel superior	12.4	17.2	14.6
Total	100.0	100.0	100.0
Condición de actividad económica			
Sí	51.8	61.3	56.2
No	48.2	38.7	43.8
Total	100.0	100.0	100.0

Cuadro 12 Distribución porcentual de la población que acudió a la CDHDF durante 2009 por variables...(continuación)

Edad	Mujeres	Hombres	Total
Sector laboral según su ocupación			
Privado	74.6	74.2	74.4
Público	23.1	24.0	23.6
Social	2.2	1.8	2.0
Total	100.0	100.0	100.0
Posición en la ocupación			
Empleado(a) u obrero(a)	59.4	57.6	58.5
Trabajador(a) por su cuenta	38.8	39.8	39.3
Otro tipo de trabajo ^a	1.8	2.6	2.2
Total	100.0	100.0	100.0

^a Incluye a jornaleros(as), contratistas y trabajadores(as) sin pago.

Fuente: CDHDF, Subdirección de Información de la Dirección de Admisibilidad e Información. Proceso Jefatura de Análisis y Estadística.

- Las personas que respondieron el cuestionario tienen entre 12 y 92 años; el promedio de edad de las mujeres es de 43 años y, de los hombres, 50 años.
- 40% de las mujeres tienen entre 30 y 44 años (1 965 mujeres) y 35% de los hombres se ubica en ese rango de edad (1 495 hombres).
- Más de 60% de las y los peticionarios señaló que habita en una casa independiente (6 052 personas).
- 36.2% de las mujeres están casadas (1 866 mujeres) y el porcentaje correspondiente a los hombres aumenta a 51.7% (2 259 hombres).
- Alrededor de 55% de mujeres y de hombres tienen escolaridad básica (2 782 mujeres y 2 385 hombres); 4% de las mujeres (199 mujeres) y 2.8% de los hombres (119 hombres) no asistieron a la escuela.
- Más de la mitad de las mujeres trabaja para el mercado laboral (2 663 mujeres).
- De las mujeres y los hombres que trabajan, tres cuartas partes, respectivamente, se desempeñan en el sector privado (3 802 personas).
- Alrededor de 60% de las mujeres trabajan como empleadas u obreras (1 530 mujeres) y 38.8% trabaja por cuenta propia (999 mujeres).

Finalmente, vale reiterar que de las quejas presuntamente violatorias de derechos humanos recibidas en 2009, la violación del derecho a la salud representó 11.6% del total, que equivale a 1 370 menciones; y de éstas, las violaciones en contra de mujeres se circunscriben a 385 quejas. En este número de casos se basa la información del siguiente capítulo, siguiendo las líneas estratégicas que se enlistan a continuación.

Prácticas médicas

En cualquier lugar donde se brinda atención a la salud debe asegurarse la calidad, la eficiencia y, sobre todo, el servicio. La importancia de adherirse a la normatividad oficial no debe subestimarse. Los proveedores de la salud deben ser técnicamente competentes, desafortunadamente esto no se garantiza mediante la obtención de un título o grado académico.

Algunos procedimientos de rutina llevados a cabo en la práctica médica son determinantes en la calidad del servicio. Por ejemplo, en lo que se refiere a la salud materno infantil, se ha comprobado que la extracción del feto mediante fórceps es perjudicial para el o la recién nacida; de igual manera, otras prácticas, como rasurar el área del pubis, los enemas de rutina, la episiotomía, la inducción del parto y las cesáreas innecesarias, incrementan los costos y las tasas de complicaciones para las madres y los(as) recién nacidos(as) (Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 2009).

Infraestructura adecuada

La provisión de atención a la salud de calidad requiere de instalaciones adecuadas. Los proveedores de los servicios de salud deben contar con el equipo necesario para el óptimo desempeño de su trabajo, desde las unidades médicas hasta los instrumentos que utilizan; la limpieza del lugar, espacios suficientes, entre otros aspectos por considerar.

Acceso a la información

En el tema de la salud debe considerarse el acceso a la información sobre el estado de salud del o la paciente, la cual, esencialmente, debe ser confiable, actualizada y comprensible.

Relaciones interpersonales

Indiscutiblemente, la dimensión personal desempeña un papel determinante en la calidad de la atención a la salud, sobre todo cuando se trata de la salud materno infantil, pues este tipo de atención obliga a situaciones que requieren la exposición física de la madre ante el personal médico, el cual debe mostrar objetividad y profesionalismo para ofrecer una atención respetuosa, confidencial, culturalmente apropiada y sin prejuicios, que responda a las necesidades de las mujeres.

Situación del derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal. Presuntas violaciones

Para identificar los elementos clave de las violaciones a los derechos de las mujeres en el tema de la salud, en esta sección se analiza la información que llega a la Comisión de Derechos Humanos por parte de la ciudadanía del Distrito Federal que ha decidido denunciar agravios. A partir de dichas comunicaciones, la Comisión inicia un proceso de investigación, y la intención de este apartado es dar voz a las ciudadanas que confían a la Comisión sus quejas. Esto significa que las observaciones y conclusiones de este capítulo no dan cuenta de la situación de la salud de las mujeres en el Distrito Federal, pero sí de los hechos que constituyen afectaciones o violaciones al derecho a la salud de un segmento de la población femenina que decidió presentar su denuncia.¹

Estos hechos se enmarcan en un contexto de grandes desigualdades sociales —agravado por la reciente crisis económica internacional— en el que se vislumbran carencias que afectan al grueso de la población. La perspectiva de los derechos humanos debe incluir una visión general de la situación de las mujeres en materia de salud, por eso es importante considerar, si bien no es menester profundizar en ello, algunos elementos que de manera directa o indirecta pueden producir múltiples efectos unidireccionales en el ejercicio de los derechos. Por un lado, invariablemente, la crisis económica como un hecho que soslaya las condiciones de bienestar de la población y, por otro, las deficiencias en los servicios de salud.

¹ Como vimos en el capítulo anterior, el derecho a la salud ocupa el cuarto lugar en la lista de derechos humanos vulnerados, con 11.6% del total de agravios a todos los derechos. Asimismo, como se verá más adelante, una parte de estos agravios fueron cometidos contra más de 300 mujeres durante 2009. A esta población está dedicado este capítulo. De tal forma que los resultados sólo darán cuenta de las 400 mujeres que fueron identificadas por la CDHDF como presuntas víctimas de violaciones al derecho a la salud, y no podrán ser generalizables a las 13 000 personas que atiende la Secretaría de Salud en el Distrito Federal, y tampoco son representativas de los más de cuatro millones y medio de mujeres que habitan esta ciudad. Secretaría de Salud, “Comparecencia. Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Dr. Armando Ahued Ortega. Secretario de Salud del Distrito Federal”, s.p.i. : <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=199&Itemid=190> (visitada el 17 de febrero de 2010).

El sistema de salud en México, y la situación en la que actualmente el personal médico ejerce su profesión, son inherentes a la realidad socioeconómica y política del país. La insuficiencia del sistema económico para proveer servicios que garanticen el bienestar del grueso de la población se ha dejado ver insistentemente en distintos ámbitos del ejercicio gubernamental y el sistema de salud no es la excepción. Con estas limitaciones estructurales, la responsabilidad profesional y el compromiso institucional suelen afectarse. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario implementar mejoras en el sistema de salud orientadas a incentivar la práctica médica, básicamente en dos aspectos:

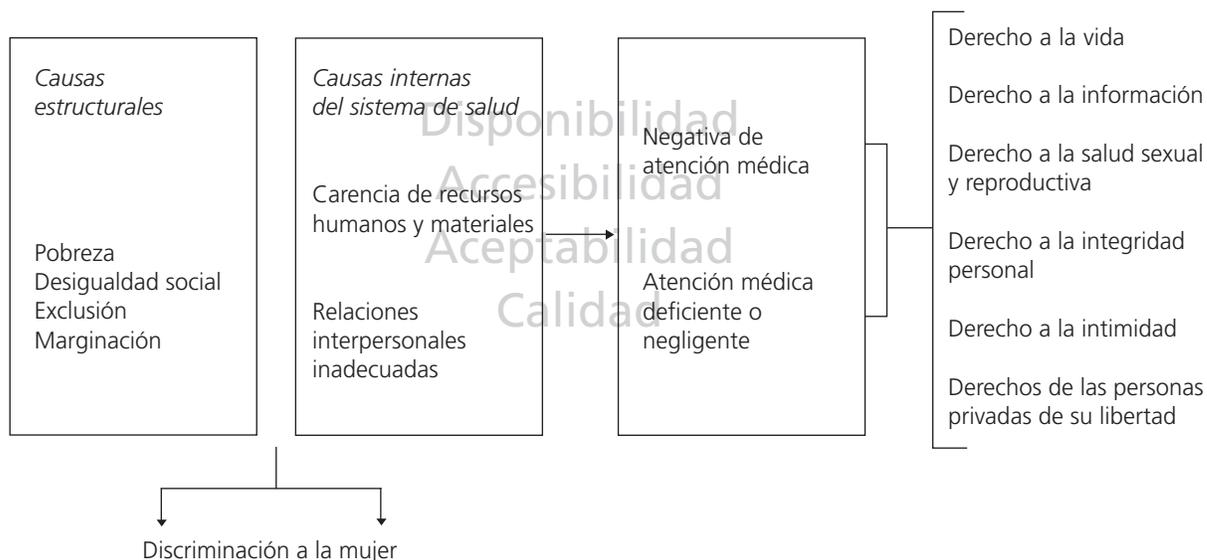
- La condición de la salud y su interrelación con la estructura económica y la desigualdad social.
- La forma en que los funcionarios y el personal de salud ejercen su función.

De la información recibida en esta Comisión pueden suponerse las siguientes faltas asociadas al lugar donde se brinda la atención médica en el Distrito Federal:

- Responsabilidad institucional: incapacidad para proporcionar los recursos humanos y servicios complementarios de apoyo.
- Carencia de recursos e insumos para brindar atención médica de urgencia en el tema de salud materno infantil.
- Responsabilidad por omisión de los recursos necesarios para el diagnóstico adecuado.

Como se verá en este capítulo y a lo largo del Informe, el núcleo de las violaciones al derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal radica fundamentalmente en la negativa a la atención a la salud o en la atención médica deficiente o negligente. A partir de cualquiera de estos dos hechos derivan otros tipos de violaciones, como al derecho a la vida, a la información, a la intimidad, a la integridad personal, entre otros. Todo lo cual emana de carencias y deficiencias de recursos materiales y humanos de la red hospitalaria, y de un contexto de pobreza y desigualdad de género como origen de la imposibilidad de gozar del nivel más alto de salud física y mental. El patrón o esquema general de las violaciones al derecho a la salud de las mujeres que acudieron a la CDHDF a presentar una denuncia quedaría resumido en el diagrama 1.

Diagrama 1 Violación del derecho a la salud de las mujeres en el sistema de salud pública del Distrito Federal



Este capítulo se divide en tres secciones: en la primera se hace una revisión de las quejas calificadas como presuntamente violatorias del derecho a la salud por la Dirección General de Quejas y Orientación (DGQYO) de la CDHDF. A partir de esta revisión se encontró que la salud materno infantil es el tema fundamental en lo que se refiere a presuntas violaciones del derecho a la salud de las mujeres, y que éstas se presentan básicamente en dos ámbitos de competencia: la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los centros de reclusión. A cada uno de estos ámbitos de competencia corresponden, respectivamente, el análisis de la segunda y tercera sección de este capítulo.

Quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres

De acuerdo con el *Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a derechos humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal* (2008), el derecho a la salud abarca 24 derechos específicos y 25 tipos de violaciones; entre ellas, la obstaculización, restricción o negativa de atención médica; la negligencia médica; la violación al derecho al consentimiento informado, entre otras. Considerando los criterios de clasificación del catálogo y las quejas que fueron calificadas por la DGQYO como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados.

Cuadro 1 Quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal, 2009

	Tipos de violación ^a	Presuntas violaciones	Mujeres Agraviadas ^b
1	Ausencia de medicamento.	10	10
2	Ausencia o carencia de personal médico.	20	27
3	Ausencia o carencia del material o instrumentos necesarios para la prestación del servicio médico.	11	19
4	Ineficacia de medidas para el tratamiento de epidemias.	7	6
5	Negativa, restricción o retardo para que el paciente pueda ser referido a un hospital donde se le pueda brindar el servicio médico que necesita.	21	23
6	Negativa, restricción u obstaculización de atención médica especializada y rehabilitatoria para las personas con discapacidad.	2	2
7	Negativa, restricción u obstaculización para que los pacientes tengan acceso a los servicios de salud especializada.	6	6
8	Negativa, restricción, obstaculización u omisión para proporcionar atención médica especializada a las personas adultas mayores, conforme a su condición de salud.	1	1
9	Negligencia médica.	32	31

^a Tipos de violación del *Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a derechos humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal* (2008).

^b El número de agravios no necesariamente coincide con el número de mujeres agraviadas porque una mujer puede recibir el mismo agravio en más de una ocasión en diferentes lugares; o bien, el mismo agravio puede cometerse contra varias mujeres en un solo lugar.

Cuadro 1 Quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal. 2009 (continuación)

Tipos de violación		Presuntas violaciones	Mujeres Agravadas
10	Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud.	21	20
11	Obstaculización o injerencias arbitrarias en la confidencialidad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la o del paciente.	1	1
12	Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica a los grupos en situación de vulnerabilidad.	3	3
13	Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica eficaz en el tratamiento de la interrupción legal del embarazo de las mujeres que lo soliciten.	6	6
14	Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica especializada a los pacientes que lo requieren.	13	13
15	Obstaculización, restricción o negativa a proporcionar medicamento gratuito a quienes tengan derecho.	4	4
16	Obstaculización, restricción o negativa de atención médica.	144	144
17	Obstaculización, restricción o negativa de brindar información a las personas responsables del paciente respecto de su estado de salud y el tratamiento a seguir.	25	25
18	Obstaculización, restricción o negativa de medidas de prevención y tratamiento de enfermedades.	10	11
19	Obstaculización, restricción o negativa de referir a los pacientes a otro hospital cuando no es posible su atención en el hospital al que se recurrió en primera instancia.	3	3
20	Obstaculización, restricción o negativa en el consentimiento informado.	1	1
21	Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud.	42	39
22	Responsabilidad médica.	1	1
23	Violación del derecho al consentimiento informado.	1	1
Total		385	397

Fuente: CDHDF, Dirección General de Quejas y Orientación/Dirección de Investigación.

La obstaculización, restricción o negativa de atención médica incluye agravios específicos, entre los que destacan la carencia de personal profesional, de equipo médico o de medicamento; la incapacidad de trasladar a las pacientes a otros hospitales de mayor especialización, o el desinterés del personal de salud.

Como se observa en el cuadro 1, las presuntas violaciones no corresponden uno a uno con las mujeres agraviadas pues como se vio en el capítulo previo, una mujer puede sufrir más de un agravio. Esto merece especial atención, porque da cuenta de las infracciones identificadas a partir de la violación al derecho a la salud. Encontramos que, en principio, se niega la atención médica, pero cuando finalmente las pacientes logran recibirla, suele ser deficiente, inadecuada, o bien ir acompañada de malos tratos o de negligencia, lo que deteriora aún más su estado de salud. Finalmente, todo se convierte en motivo para que el personal

médico le niegue información a ella o a sus familiares sobre el tratamiento o procedimiento médico que se siguió o sobre su estado de salud.

Además, el número de mujeres agraviadas y el de presuntas violaciones no es igual porque una mujer puede recibir el mismo agravio en más de un hospital. De acuerdo con la información obtenida por la DGQYO, es común que quienes ameritan una atención urgente porque están a punto de dar a luz, que tienen dolores fuertes, presentan hemorragias o por cualquier otro motivo, y acuden a un hospital en el que no reciben la atención requerida, se vean forzadas a trasladarse a diversos nosocomios en busca de atención mientras su estado de salud se agrava.

En general, los argumentos detrás de estas presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres son variados, y muchas veces se trata de juicios subjetivos del quehacer médico. Por ejemplo, se omitieron intervenciones quirúrgicas porque los médicos estaban de vacaciones, porque no había personal de guardia, o porque los médicos dieron prioridad a otros asuntos considerados urgentes, incluso más urgentes que la extracción de una bala. Además, hay que mencionar que las presuntas violaciones son ejercidas indistintamente no sólo por el personal de salud (médicos/as y enfermeros/as), sino también por las y los trabajadores sociales, camilleros y personal administrativo.

La violación al derecho a la salud de las mujeres está asociada muchas veces a su condición de género. En este sentido es cuestionable la ética de algunos profesionales de la salud que fueron denunciados por solicitar a las agraviadas que se desnudaran sin justificación alguna, pues ni siquiera les fue realizada la valoración física.

De los tipos de violaciones al derecho a la salud reportados en hospitales destacan los siguientes:

- No se brinda atención oportuna porque no hay material o ropa quirúrgica.
- Negativa de proveer ciertos tratamientos que son muy costosos (como la diálisis); ante esto los médicos/as argumentaron que la paciente (agraviada) debía cubrir los gastos.
- Carencias de infraestructura en hospitales, como falta de elevadores, lo que dificulta el traslado de las pacientes a otras áreas de atención.
- Negativa de atención por falta de trámites administrativos negados por el personal de otros hospitales (triangulación de la negativa).

Otro de los resultados iniciales de la observación de las quejas recibidas en esta Comisión da cuenta de las autoridades responsables de las presuntas violaciones al derecho a la salud, mismas que se resumen en el cuadro 2.

Cuadro 2 Dependencias del Distrito Federal responsables de presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, 2009

Autoridad	Presuntas violaciones	Porcentaje
Secretaría de Salud	289	75.1
Secretaría de Gobierno	69	17.9
Procuraduría General de Justicia	9	2.3
Secretaría de Transportes y Vialidad	8	2.1
Secretaría de Seguridad Pública	7	1.8
Delegaciones	2	0.5
Tribunal Superior de Justicia	1	0.3
Total	385	100.0

Fuente: CDHDF, Dirección General de Quejas y Orientación.

Como el tema de este informe es la presunta violación al derecho a la salud de las mujeres, no es de sorprender que la Secretaría de Salud ocupe el primer lugar en la lista de autoridades responsables de los agravios recibidos en 2009, con la tercera parte del total de estos. Por su parte, la Secretaría de Gobierno es la segunda autoridad responsable de los agravios, con 17.9% del total; cabe mencionar también que está a cargo de los centros de reclusión, donde el estado actual de la atención a la salud cobra características propias.

Considerando lo anterior se analizará la información de las siguientes dos secciones de este capítulo en dos grandes apartados. El primero corresponde a la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mientras que el segundo se refiere a los servicios de salud a las mujeres en reclusión, de los que tanto la Secretaría de Gobierno como la Secretaría de Salud son responsables.

- *Atención a la salud en la red de hospitales de la Secretaría de Salud.* Abarca hospitales, jurisdicciones y servicios de salud cuya autoridad directa es la Secretaría de Salud del Distrito Federal; la peculiaridad de esta red de salud radica en que las mujeres que ahí acuden suelen ser aquellas que no cuentan con recursos suficientes para recibir atención privada o que carecen de seguridad social por parte del Estado.
- *Atención a la salud en centros reclusión.* Se trata de un caso especial porque estas mujeres están imposibilitadas para elegir cuándo y dónde recibir la atención médica, por lo que las autoridades penitenciarias están obligadas a proporcionarles la que necesitan.

Además de la Secretaría de Salud, encargada de proporcionar servicios a la población en el Distrito Federal, hay otras dependencias de esta ciudad que obstaculizan por distintas vías el derecho a la salud de las mujeres, sobre todo en lo que se refiere a garantizar el acceso a la salud de las mujeres que laboran en estas dependencias, generar condiciones físicas adecuadas para la salud de las mujeres y, en el caso particular de la Procuraduría de Justicia y la Secretaría de Seguridad Pública, a no obstaculizar el acceso a la salud de las personas que son detenidas.²

En cada uno de estos bloques se identificaron diversos agravios específicos que responden, por un lado, al contexto particular de cada ámbito y, por otro, a condiciones generales y estructurales del derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal.

Atención a la salud en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

La red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal está conformada por nueve hospitales generales,³ diez hospitales pediátricos,⁴ ocho hospitales materno infantiles⁵ y un hospital de especialidades,⁶

² Casi una de cada diez quejas tiene origen en otras dependencias del Distrito Federal, como las delegaciones, la Procuraduría General de Justicia, la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de Transportes y Vialidad y el Tribunal Superior de Justicia. Todas estas instancias fueron señaladas como responsables de presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal, y en conjunto absorben 7% de los agravios. Puesto que los temas de salud de la mujer en esta ciudad competen principalmente a la Secretaría de Salud y a la Secretaría de Gobierno (esta última en lo que respecta a los centros de reclusión), y en el ánimo de darle integración al informe en lo que respecta a la lógica de la violación al derecho a la salud y la coherencia de las recomendaciones, el análisis se concentrará en las acciones violatorias cometidas en el ámbito de competencia de dichas secretarías, sin menospreciar, cuando se considere oportuno, los datos del resto de las dependencias.

³ Dr. Rubén Leñero, Xoco, Balbuena, Villa, Dr. Gregorio Salas, Milpa Alta, Ticomán, Iztapalapa, Dr. Enrique Cabrera.

⁴ Azcapotzalco, Villa, Iztapalapa, Tacubaya, Moctezuma, Iztacalco, Peralvillo, Coyoacán, Legaria y San Juan de Aragón.

⁵ Inguarán, Topilejo, Cuauhtépec, Dr. Nicolás M. Cedillo, Tláhuac, La Magdalena Contreras, Cuajimalpa y Xochimilco.

⁶ Dr. Belisario Domínguez.

y en esta red se cometieron 198 agravios al derecho a la salud de las mujeres; es decir, poco menos de la mitad de las 385 presuntas violaciones señaladas por la Comisión.

La Dirección de Investigación en Derechos Humanos clasificó dichos agravios en seis categorías, de acuerdo con los testimonios de las víctimas, particularmente con los principales obstáculos que ellas identificaron para ejercer su derecho a la salud o el de sus familiares:⁷

Negativa a la atención médica por carencia de recursos humanos. Se refiere a aquellos testimonios en que se señala explícitamente que las pacientes no pueden ser atendidas debido a la carencia de personal médico (general o especializado). El 15% de los agravios (29 casos)⁸ corresponden a esta categoría.

Negativa a la atención médica por carencia de recursos materiales. El 16% de los agravios (32 casos) incluye situaciones en las que se niega la atención médica debido a la carencia de camas, quirófanos, materiales o los medicamentos necesarios en cada caso. En este sentido, la Secretaría de Salud del Distrito Federal argumenta que, debido al incremento de la población que atiende el sistema de salud, tiene una capacidad funcional real de 0.58 camas por cada mil habitantes, cuando el estándar de la OMS es de una cama por cada mil habitantes.⁹

Atención deficiente, mala práctica médica o negligencia. Aunado a la carencia de recursos humanos y materiales, un obstáculo al ejercicio del derecho a la salud se refiere a los malos tratos, descuidos injustificados, tratamientos inadecuados e irresponsabilidad por parte de los profesionales de la salud. El 33% de los agravios (65 casos) se refiere a situaciones en las que debido a una atención deficiente o negligente, las mujeres se han visto afectadas en su derecho a la salud.

Negativa a proporcionar información sobre la salud de las pacientes. Aunque toda persona tiene derecho a recibir información sobre su propio estado de salud o de sus familiares, 11% de los agravios registrados (22 casos) se refieren a la negativa de acceso a dicha información. Algunos obedecen a fallas en los procedimientos administrativos o a la incapacidad de los hospitales para responder las demandas de la población atendida; en otras ocasiones se obstaculiza el acceso a la información cuando se pretende ocultar actos de negligencia.

Negativa de atención médica por otras causas o por razones no específicas. En 21% de los agravios (42 casos) no se declaran de manera explícita los hechos relacionados con la negativa de atención médica en los hospitales de la Secretaría de la Salud del Distrito Federal.

Otros agravios. El 5% de los agravios corresponde a la obstaculización del consentimiento informado, a condiciones físicas y ambientales que pueden resultar adversas para la salud (condiciones de riesgo); y a la ineficacia para el tratamiento de epidemias (particularmente en el contexto de la influenza). Estos hechos corresponden a ocho casos registrados a lo largo de los testimonios.

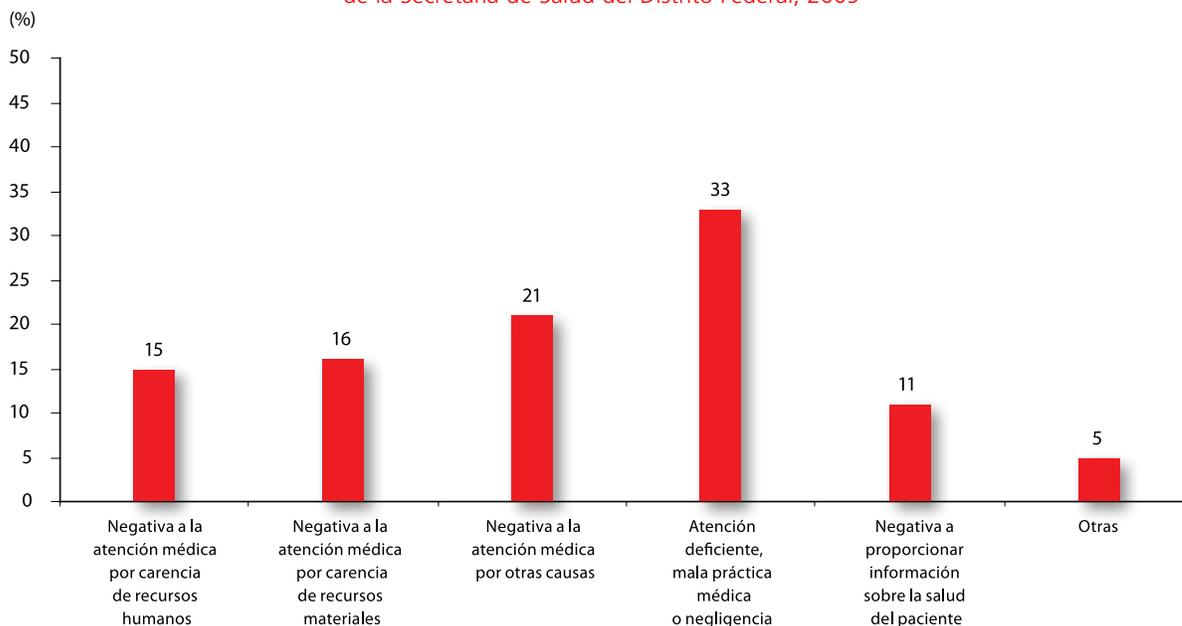
Los agravios en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se observan en el gráfico 1.

⁷ Es necesario aclarar que dicha clasificación se hizo con base en los hechos que las propias mujeres denunciaron. Estamos conscientes de que la percepción de las implicadas no necesariamente refleja la situación real en los hospitales; sin embargo, los testimonios recogen la voz de las víctimas y pueden contribuir a la identificación de los principales problemas que obstaculizan el derecho a la salud.

⁸ Un caso no equivale a una mujer agraviada ni a un expediente; es la ocurrencia del agravio o presunta violación, lo que serían las “menciones” de las que se dio cuenta en el capítulo 2.

⁹ Secretaría de Salud, “Comparecencia. Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Dr. Armando Ahued Ortega. Secretario de Salud del Distrito Federal”, s.p.i.: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=199&Itemid=190> (visitada el 17 de febrero de 2010).

Gráfico 1 Agravios al derecho a la salud de las mujeres en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009



Fuente: CDHDF, Dirección de Investigación en Derechos Humanos.

Los obstáculos al derecho a la salud de las mujeres responden a condiciones estructurales, como la asignación y distribución del presupuesto, la discriminación por cuestiones de género y la carencia de personal profesional que ofrezca atención de calidad, que sea respetuoso de la ética médica y sensible a los temas y problemas específicos de la salud de la mujer.

Según las quejas recibidas, un tema de especial relevancia en la agenda de la salud de las mujeres tiene que ver con los derechos a la salud materno infantil.

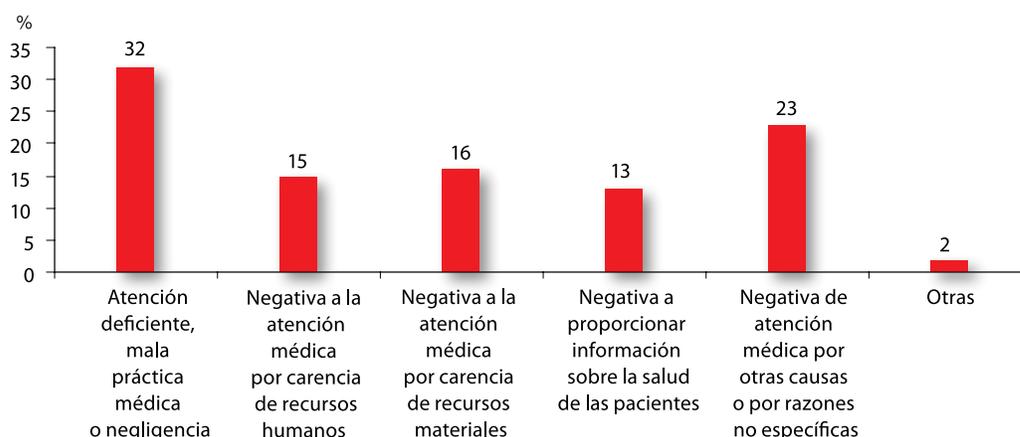
Tanto en los centros de reclusión como en los hospitales de la Secretaría de Salud y en el resto de las dependencias del Distrito Federal, el agravio a la salud materno infantil consiste en la negativa de atención aun en casos de urgencia de labor de parto, porque no hay condiciones físicas adecuadas para atender a mujeres embarazadas o porque no se siguen los procedimientos adecuados durante la labor de parto, generando daños graves o permanentes a la salud de las mujeres y de sus bebés.

Atención a la salud materno infantil en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

De acuerdo con las quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, 70.5% de los agravios a la salud de las mujeres cometidos durante 2009 en la red hospitalaria del Distrito Federal, equivalente a 145 agravios, se refieren a la salud materno infantil. Esta cifra es pequeña considerando que en 2009 dicha Secretaría atendió 137 nacimientos diarios en promedio.¹⁰ Sin embargo, éstas son las quejas recibidas en la Comisión, las cuales han sido investigadas y describen afectaciones al derecho a la salud que merecen ser señaladas.

¹⁰ Secretaría de Salud, “Comparecencia. Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Dr. Armando Ahued Ortega. Secretario de Salud del Distrito Federal”, s.p.i.: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman &task=cat_view&gid=199&Itemid=190> (visitada el 17 de febrero de 2010).

Gráfico 2 Agravios a la salud materno infantil en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009



Fuente: CDHDF, Dirección de Investigación en Derechos Humanos.

Poco más de la mitad de los agravios a la salud materno infantil se refieren a la negativa de atención médica. De acuerdo con los testimonios de las afectadas, esta negativa se debe a la carencia de recursos humanos, de recursos materiales o a otras causas, que incluyen el desinterés del proveedor de la salud responsable o la imposibilidad (generalmente por asuntos de índole administrativa) de trasladar a las pacientes a otro hospital donde puedan ser atendidas.

La negativa de atención médica por carencias de recursos humanos concentra 15% de los agravios, que corresponde a 21 casos. En los testimonios de las mujeres que presentaron sus quejas ante esta Comisión, se exponen situaciones de mujeres embarazadas que llegaron al hospital con sangrado, dolores de vientre o contracciones, y que no fueron atendidas argumentando que no había ginecólogos o anestesiólogos, situaciones en las que se puso en riesgo la vida de las madres y sus bebés.

La negativa de atención médica por carencia de recursos materiales corresponde a 16% de los agravios (22 casos). En uno de los testimonios se señaló que un médico no podía asistir el parto de una mujer porque no contaban con la infraestructura adecuada para mujeres diabéticas embarazadas. En otro testimonio se narra que una mujer acudió a un hospital con la fuente rota, y que se negaron a atenderla porque requería de una transfusión de sangre y no contaban con los recursos necesarios para llevarla a cabo. En otro caso se denunció la negativa a atender a una mujer que requería intervención inmediata para el nacimiento prematuro de su bebé; de acuerdo con esta narración, en el hospital argumentaron carecer de infraestructura para atender este tipo de nacimientos.

El 23% de los agravios (32 casos) se refiere a la negativa de atención médica por causas o razones no específicas; en algunos testimonios se presentaron situaciones de retraso en la atención sin causa justificada, actos de corrupción o negativas de transferir a la paciente a otro hospital.

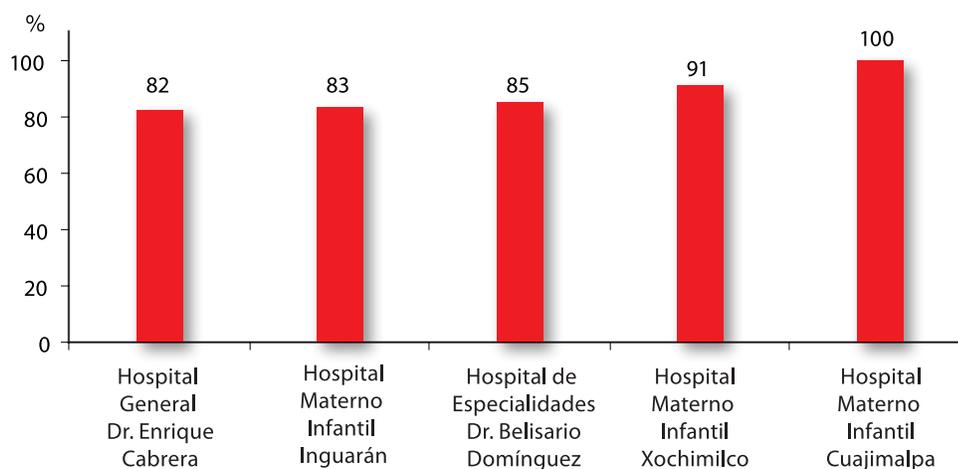
Asimismo, 32% de los agravios (45 casos) se refieren a embarazadas que, una vez que se les brindó la atención médica, sufrieron afectaciones relacionadas con actos negligentes, malas prácticas médicas o atenciones deficientes. Por ejemplo, bebés que se cayeron de manos de enfermeras, anestésicos mal aplicados, hemorragias mal atendidas, prepotencia o actos humillantes, y partos naturales que debieron ser cesáreas. Estos son algunos de los actos que devienen en otras enfermedades, discapacidades y defunciones de pacientes y recién nacidos.

Con el afán de ocultar este tipo de actos, en muchas ocasiones el personal médico o de enfermería se negó a proporcionar información a las pacientes o a sus familiares; en otros casos, la negativa simplemente refleja

las deficiencias de los procesos administrativos que impiden contar con información oportuna. El 13% de los agravios se refieren a estas situaciones, equivalente a 18 casos.

Estos hechos ocurrieron en 25 de los 28 hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de los cuales cinco registraron el mayor número de agravios: el Hospital Materno Infantil de Xochimilco, con 20 agravios a la salud materno infantil de un total de 22; el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, con 17 de 20; el Hospital Materno Infantil Inguarán, con 15 de 18; el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, con 14 de 17, y el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa con 9 agravios, todos a la salud materno infantil. En términos porcentuales, dicha proporción se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3 Proporción de agravios a la salud materno infantil en relación al número total de agravios por lugar de ocurrencia. 2009



Fuente: CDHDF, Dirección de Investigación en Derechos Humanos.

En lo que se refiere a los testimonios que describen el detrimento de la salud materno infantil, pueden mencionarse un sinnúmero de violaciones, como la irresponsabilidad del ejercicio profesional que provocó la muerte del producto en el vientre de la madre, aunado al desentendimiento del proveedor de la salud en el procedimiento para expulsar al producto en ese mismo caso. De igual manera se documentan quejas porque no se brindó atención oportuna incluso cuando la agraviada informó que ya había terminado su periodo de gestación.

Ante la negligencia practicada en hospitales públicos, hay casos de mujeres agraviadas que se vieron en la necesidad de trasladarse a hospitales privados para proteger su salud y la de su bebé. Esto, a su vez, propició la reproducción de otras faltas. Por ejemplo, el caso de una mujer a la que, ante la carencia de recursos económicos para pagar su parto en un hospital privado, le fue condicionada la entrega del acta de nacimiento del recién nacido.

La negativa de atención provocó también diversas complicaciones en el embarazo, como la necesidad de cesáreas de último momento o la práctica de abortos no deseados.

Si bien el cuidado de la salud materno infantil siempre es importante, cobra especial relevancia cuando el ciclo vital de la madre corresponde a una edad muy temprana. Se documenta un caso de denuncia de una niña embarazada de 13 años (agraviada), cuya condición de embarazo se considera de inicio como de alto riesgo. No obstante su necesidad de atención, le fue negada sin justificación y, dado su grado de desnutrición, fue víctima de maltrato psicológico por parte de la médica que la recibió y no la atendió.

También se documenta un caso en el que se requería atención específica a la salud materno infantil: preclamsia y desproporción cefalopélvica. Por no recibir la atención especializada, la bebé nació por medio de fórceps, lo que le provocó hemorragia intracraneal, lesiones asociadas a la vía de nacimiento y síndrome de adaptación pulmonar, entre otros padecimientos. En los hechos narrados ante esta Comisión, los familiares de la recién nacida no tenían conciencia de estos graves daños a la salud, pues las autoridades correspondientes se negaban a brindarles la información oportuna por miedo a represalias y la pérdida de sus empleos.

Durante 2009 se recibió una considerable cantidad de quejas relacionadas con la negativa de atención, aun cuando la agraviada estaba en trabajo de parto. En algunos de estos casos, las agraviadas mencionaron que el proveedor de la salud las regresó a casa y les suministró medicamento para que cesaran los dolores ocasionados por las contracciones.

La escasez de medicamentos en los hospitales públicos ha sido motivo para que el personal médico incurra en irresponsabilidades o malas prácticas médicas. Al respecto, hubo casos de sustitución de un medicamento por otro, así como la necesidad de que las mujeres agraviadas compraran el recetado.

De igual manera se identifican diversas situaciones de violaciones a derechos a la salud de embarazadas en distintas etapas de gestación, incluyendo embarazos gemelares y de alto riesgo debido a complicaciones con otras enfermedades, como diabetes mellitus, problemas de tiroides, entre otras enfermedades. Vale decir que se documentan diversos casos de prácticas arbitrarias en la salud del binomio madre-hijo/a.

Los casos de negligencia reportados en mujeres embarazadas muestran distintos grados de severidad, desde el maltrato psicológico ejercido por el personal médico hasta la práctica de abortos innecesarios o injustificados en los primeros meses de gestación. También se denuncia constantemente la negativa de atención médica en la modalidad de no canalizar a la agraviada a un hospital de especialidades; o el caso opuesto, es decir, la negativa de atención en un hospital de especialidades porque no se cuenta con instrumentos para la atención médica general.

Esta Comisión recibió denuncias de violaciones a los derechos a la salud en agravio de niños y niñas menores de cinco años. Pueden ejemplificarse las denuncias al Hospital Pediátrico Coyoacán por el maltrato físico (cachetadas y golpes en la cabeza a un niño y una niña) propinado por el personal femenino a cargo, sólo por hacer sus necesidades fisiológicas en el pañal y por llorar tras las agresiones recibidas. Las quejas de las madres ocasionaron que el director del hospital les prohibiera la visita en el horario establecido e inmediatamente después, el alta de la y el paciente, a fin de que los internaran en un hospital privado para continuar la atención.

Otros casos que de igual manera reflejan la condición de vulnerabilidad de las madres y de sus hijos/as pueden resumirse en las siguientes denuncias:

- Una denuncia porque, a pesar de que se realizaron los exámenes correspondientes al hijo de la mujer agraviada, los resultados clínicos no se entregaron a tiempo, debido a la inaccesibilidad de trámites administrativos.
- Se reportan casos de corrupción al intentar cobrar por la atención médica otorgada a las y los hijos menores de cinco años.
- Aplazamiento de fechas para intervenciones quirúrgicas de niños y niñas menores de cinco años, sin justificación y sin proporcionar información al respecto.
- Otros casos documentan la falta de atención debido a la ausencia de anesthesiólogos.

Atención a la salud en los centros femeniles de readaptación social

Desde su surgimiento en 1993, la CDHDF ha documentado deficiencias en los servicios de salud de los centros de reclusión, las cuales obstaculizan el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad.¹¹

De acuerdo con las quejas levantadas por la DGQYO, las principales autoridades involucradas en los agravios a la salud de las mujeres en reclusión son el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, la Dirección del Centro Femenil de Readaptación Social (Tepepan) y la Subsecretaría del Sistema Penitenciario, instancias a cargo de la Secretaría de Gobierno. Asimismo, están señaladas la Torre Médica Tepepan y la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla; ambas a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En el Centro de Santa Martha Acatitla había —al 10 de febrero de 2010— una población de 1757 mujeres reclusas, y en Tepepan 214. Las quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, recibidas en la CDHDF durante 2009, señalan que se cometieron 160 agravios al derecho a la salud, de manera que el análisis y las conclusiones de esta sección no se aplican a toda la población femenina en reclusión.

De acuerdo con dichas quejas, algunos de los agravios que obstaculizan o impiden el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres en reclusión son: falta de atención médica o de medicamento, negligencia, obstaculización a trasladar a las pacientes a hospitales externos para su atención, negativa del personal de seguridad a conducir a las pacientes a hospitales externos, entre otras fallas. Con base en estos antecedentes, y en la revisión de las narraciones de hechos de presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres, se identificaron los siguientes agravios:

Negativa de traslado a la unidad médica. El 11% de los agravios a la salud en los centros de reclusión se refiere a 17 casos en los que el personal de seguridad y custodia negó a las internas la posibilidad de ser trasladadas a la unidad médica cuando manifestaron alguna dolencia o enfermedad. En algunas ocasiones esto ocurre en un contexto de riñas entre las reclusas o entre ellas y el propio personal del centro; mientras que en otros casos el personal de seguridad simplemente fue indiferente a las peticiones de las reclusas de ser trasladadas para su atención.

Negativa de atención en la unidad médica. De acuerdo con las quejas calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud de las mujeres en los centros de reclusión, 16% de los agravios cometidos (25 casos) se refieren a que una vez logrado el acceso a la unidad médica, el personal profesional negó la atención a la salud con el argumento de insuficiencia de fichas o de citas, sin consideración de la urgencia de los casos o la gravedad del estado de salud de las mujeres que solicitaron la atención.

Negativa a proporcionar medicamentos. El 18% de los agravios contra el derecho a la salud de las mujeres en los centros de reclusión (28 casos) da cuenta de la negativa a proporcionar el medicamento prescrito. De acuerdo con algunos testimonios, esto se debe al desabasto, sobre todo cuando es muy especializado. En otras ocasiones los familiares de las pacientes en reclusión llevan el medicamento necesario, pero las autoridades no lo proporcionan oportunamente, obstaculizando así su derecho a la salud.

¹¹ Al respecto se pueden consultar los siguientes informes especiales elaborados por la CDHDF: *Diagnóstico interinstitucional sobre el Sistema Penitenciario en el Distrito Federal*; *Informe especial sobre la trayectoria de la población sentenciada, proceso legal y calidad de vida en los centros penitenciarios del Distrito Federal*; *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2003-2004*, e *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*.

Negativa a trasladar a las pacientes a hospitales externos. Debido a la imposibilidad de los centros de reclusión de contar con la infraestructura adecuada para atender todos los problemas de salud, es importante que las mujeres que así lo requieran sean trasladadas a un hospital externo para la valoración de un diagnóstico o para recibir tratamiento médico. El 13% de los agravios cometidos contra la salud de las mujeres en reclusión (20 casos) incluye la negativa al traslado; en algunos casos se debe a la ausencia de personal o a deficiencias en el procedimiento administrativo para programar las citas.

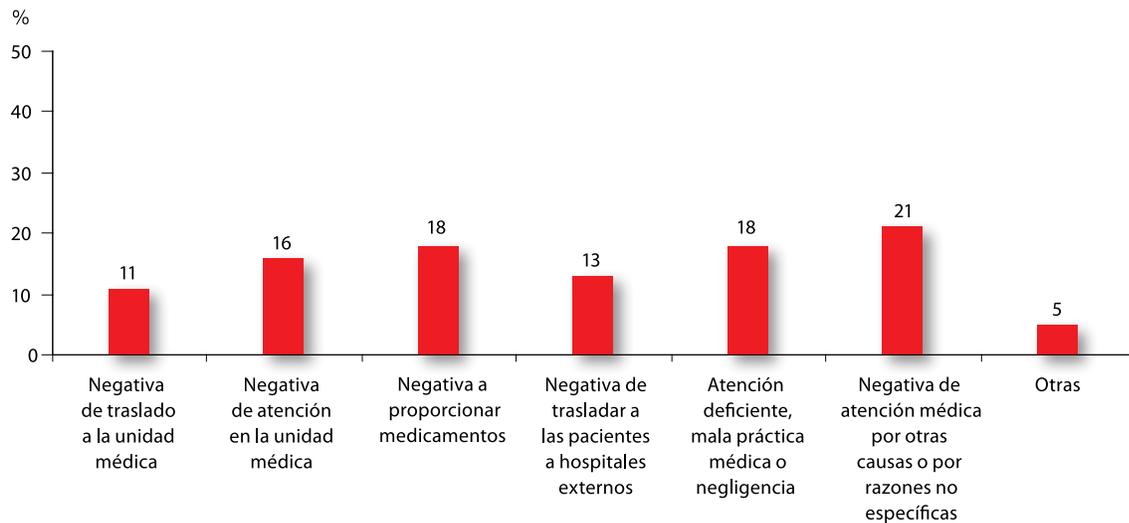
Atención deficiente, mala práctica médica o negligencia. De acuerdo con las quejas registradas en la DGQYO, 18% de los agravios se refieren a 29 casos en los que, lejos de recibir la atención médica requerida, se proporcionaron servicios no adecuados para mejorar la salud de las pacientes. Estas situaciones van desde condiciones insalubres para la recuperación, prescripción de medicamento equivocado, hasta tratamientos erróneos que provocaron daños severos o irreversibles a la salud de las pacientes.

Negativa de atención médica por otras causas o por razones no específicas. Además de los agravios señalados, 21% de los agravios al derecho a la salud de las mujeres en reclusión refieren que se niega la atención, pero sin especificar, en principio, las causas de dicha negativa; ese porcentaje equivale a 33 casos.

Otros agravios. El 5% de los agravios (5 casos) se refiere a otros, como la negativa a proporcionar información sobre la salud de las pacientes y a la ineficacia para el tratamiento de epidemias. Lo primero incluye tanto la negativa de información a familiares de las mujeres reclusas, como a las propias internas sobre el estado de salud de sus bebés. En cuanto a la ineficacia para el tratamiento de epidemias, se mencionan casos en que las autoridades no contaban con las medidas necesarias para prevenir la propagación de la enfermedad entre la población femenina en reclusión.

Los datos hasta aquí señalados quedan reflejados en el gráfico 4.

Gráfico 4 Agravios a la salud de las mujeres en reclusión en el Distrito Federal. 2009



Fuente: CDHDF, Dirección de Investigación en Derechos Humanos.

Ahora bien, un grupo de la población en reclusión que se encuentra especialmente vulnerable a los agravios a su salud es el de las embarazadas. Si bien la CDHDF sólo registró 16 agravios a la salud materno infantil, la gravedad de los casos merece una atención específica.

Atención a la salud materno infantil en los centros de reclusión del Distrito Federal

De los 16 casos señalados destacan: una embarazada, con hemorragia, a quien le fue negado el traslado a la unidad médica; otra mujer, con ocho meses de embarazo, que vivía en la calle antes de estar en reclusión, y a la que, según los testimonios, no sólo se le maltrató físicamente durante la consulta, sino que se le negó el medicamento en la unidad del centro de reclusión para tratarse una infección vaginal. Otro caso de negativa de medicamento es el de una mujer con tres meses de embarazo que presentó una hemorragia y a quien sólo le dieron unas pastillas.

En cuatro de los dieciséis casos registrados el agravio consistió en negar la atención médica en la propia unidad de servicios médicos. De acuerdo con una de las narraciones, a una mujer se le negó la atención de su hijo de dos años (quien tenía fiebre), argumentando que las consultas iniciaban más tarde. A una embarazada que presentaba dolores le dijeron que sería atendida varios días después. En el mismo sentido, a otra mujer con embarazo de alto riesgo le negaron una ficha para consulta, mientras que a dos mujeres no les fue realizado un ultrasonido que necesitaban. Uno de los casos más graves es el de una mujer en reclusión que perdió a su hija de ocho días de nacida prematuramente, al no recibir la atención requerida. También se documenta el caso de una mujer que no recibió la información ni la atención oportuna, por lo que presentó hemorragia tras nueve meses de embarazo.

Vistos en conjunto, los agravios cometidos al derecho a la salud de las mujeres en reclusión en el Distrito Federal corresponden deficiencias estructurales en el sistema penitenciario del Distrito Federal. En buena medida, los hechos señalados tienen en común las precarias condiciones físicas de los centros de reclusión, como el hacinamiento o la falta de higiene, el desabasto de medicamentos, la insuficiente infraestructura de equipo médico, la administración de las citas en hospitales externos y la carencia de personal profesional que otorgue atención de calidad y se adecue a la ética médica y a los estándares internacionales del derecho a la salud.

Como se observa en las narraciones de las quejas, parte del personal médico y de seguridad tiende a menospreciar la salud de las pacientes en reclusión, al no considerar que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, independientemente de su situación jurídica.

La carencia de infraestructura y de personal especializado, la incapacidad para atender a las embarazadas en el momento oportuno, los actos negligentes y la negativa a proporcionar información son hechos que afectan directamente la salud de las pacientes y de sus bebés, al grado de poner en riesgo su vida. Estas deficiencias son la parte más inmediata y sensible de los problemas estructurales que afectan la salud materno infantil de las mujeres.

De acuerdo con las quejas registradas por la CDHDF, las mujeres que solicitan los servicios de salud del Distrito Federal en ocasiones se presentan con infecciones vaginales avanzadas, desnutrición, embarazos precoces o simplemente sin haber recibido atención durante su embarazo. Estos son obstáculos que se suman a las carencias de recursos humanos y materiales de las que hemos dado cuenta en este capítulo.

Los problemas de salud que las mujeres arrastran desde que inician su vida sexual y reproductiva se vinculan, a su vez, con sus precarias condiciones de vida. La desigualdad, la pobreza y la marginación social en que viven muchas de ellas, no sólo en México sino en diversas partes del mundo, son determinantes que les impiden ejercer de manera efectiva su derecho a la salud.

Las mujeres pobres y con bajos niveles educativos son las más vulnerables a la violación de ese derecho, y se debe no sólo a que carecen de los recursos económicos para pagar una atención de calidad, sino a que no cuentan con la información necesaria para conocer sus necesidades de atención a lo largo de su vida sexual o para decidir libremente sobre los hijos que desean tener y su espaciamiento, el momento indicado para ello y los cuidados que requieren. En la medida en que las mujeres carecen de recursos económicos y educativos, se reducen sus posibilidades de decidir, con pleno ejercicio de su autonomía, la vida sexual y reproductiva que desean llevar.

Las posibilidades son aún más reducidas para las mujeres en reclusión, quienes están imposibilitadas para trasladarse libremente a un hospital para ser atendidas. De ahí la necesidad, como lo ha señalado esta Comisión a lo largo de sus informes y recomendaciones, de contar con unidades médicas en dichos centros en condiciones que permitan atender a las embarazadas y a sus bebés; o bien de contar con procedimientos más eficientes para su traslado a hospitales donde reciban la atención necesaria.

Casos como los documentados en este capítulo son acontecimientos concretos que, si bien no son generalizables a toda la población femenina del Distrito Federal, contribuyen a describir una amplia cadena de marginación. Las narraciones que se revisaron reflejan que una mala atención durante el parto puede provocar el fallecimiento de la madre, lo que a su vez pone en riesgo la calidad de vida de sus hijos e hijas.

Las condiciones estructurales referidas a la desigualdad, aunadas a las deficiencias en la administración de la salud pública, constituyen un escenario adverso para la salud materno infantil. Las mujeres pobres y sin educación suelen ser devaluadas y recibir un trato discriminatorio, humillante y ofensivo. Contrario al principio de igualdad, la vida humana no recibe el mismo valor en condiciones de pobreza que en situaciones favorables y de plena inclusión en las estructuras sociales, económicas y políticas.

Seguimiento a recomendaciones sobre el derecho a la salud de las mujeres

Parte de las atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal consiste en recibir quejas de presuntas violaciones a derechos humanos. En virtud de las quejas que la ciudadanía del Distrito Federal le confía a la Comisión, una más de sus atribuciones es conocer e investigar, a petición de parte o de oficio, las presuntas violaciones de derechos humanos en los siguientes casos:

- a) Por actos u omisiones de índole administrativo de los servidores públicos o de las autoridades de carácter local.
- b) Cuando los particulares o algún agente social cometan ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad local del Distrito Federal, o bien, cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente tratándose de conductas que afecten la integridad de las personas.

Además, son atribuciones de la Comisión formular propuestas conciliatorias entre la persona que pone la queja y las autoridades o servidores públicos presuntos responsables, para la inmediata solución del conflicto planteado, cuando la naturaleza del caso lo permita; así como formular recomendaciones públicas autónomas no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas, entre otras atribuciones.

Respecto a la población que se encuentra privada de su libertad en centros de detención, de internamiento y de readaptación social del Distrito Federal, en este caso mujeres, la Comisión también tiene la atribución de supervisar que sus condiciones estén apegadas a derecho y se les garantice la plena vigencia de sus derechos humanos; asimismo, puede solicitar el reconocimiento médico de reas o detenidas cuando se presuman malos tratos o torturas, y comunicar a las autoridades competentes los resultados de las revisiones practicadas.¹

¹ Estas atribuciones se entienden sin perjuicio de las que en la materia correspondan también a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y para su ejercicio se promoverá la instrumentación de los mecanismos de coordinación necesarios al efecto. El personal de la Comisión en el ejercicio de sus funciones tendrá acceso irrestricto a los centros de detención, de internamiento y de readaptación social del Distrito Federal.

El artículo 45 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal establece: “La Comisión [...] puede dictar acuerdos de trámite, en el curso de las investigaciones que realice, los cuales serán obligatorios para los particulares y autoridades o servidores públicos que deban comparecer o aportar información o documentos [...] Asimismo, en el caso en que se compruebe que las autoridades o servidores públicos no hayan cometido las violaciones a los derechos humanos que se les hubiesen imputado la Comisión dictará el respectivo Acuerdo de No Responsabilidad”.

Recomendaciones sobre el derecho a la salud de las mujeres 1993-2009

Desde su surgimiento, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal ha emitido nueve recomendaciones concernientes al derecho a la salud de las mujeres, ocho de ellas dirigidas a la Secretaría de Salud por violaciones cometidas en los hospitales a su cargo, y una dirigida tanto a la Secretaría de Salud como a la Secretaría de Gobierno por violaciones al derecho a la salud de las mujeres en reclusión.

De las ocho recomendaciones dirigidas únicamente a la Secretaría de Salud, cinco se refieren al tema de la salud materno infantil; dos a otros temas de salud, y una a la interrupción legal del embarazo. La recomendación emitida a las autoridades responsables de la salud de las mujeres en reclusión aborda temas tanto de salud materno infantil como otros relativos a la salud en general.

Ocho de las nueve recomendaciones fueron totalmente aceptadas, y una, parcialmente (3/2008). Sólo una recomendación (01/2002) fue totalmente cumplida; siete lo han sido parcialmente, y una, la más reciente (2/2009) aún no se cumple. Es decir, sólo la primera se encuentra concluida, mientras el cumplimiento de las ocho restantes se encuentra sujeto a seguimiento.

En las nueve recomendaciones están presentes violaciones por la negativa de proporcionar atención médica o por atención médica deficiente o negligente. De acuerdo con la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF, la síntesis de los tipos de violación y avance en el cumplimiento de las recomendaciones señaladas aparece en el cuadro 1.

Cuadro 1 Recomendaciones emitidas por la CDHDF por violaciones al derecho a la salud de las mujeres, 1993-2009

Recomendación/ caso	Respuesta de la autoridad	Tipo de violación	Autoridad	Avance/ situación actual
01/2002. Negativa a practicar intervención quirúrgica (salpingoclasia) a una interna del Centro Femenil de Redaptación Social Tepepan.	Aceptada	Igualdad, responsable e informada Libertad de procreación Salud reproductiva	Secretaría de Salud	Totalmente cumplida/concluida
08/2005. Restricción, negativa u obstaculización de atención médica y al derecho a la salud	Aceptada	Violación de los derechos de las o los reclusos Violación del derecho a la salud	Secretaría de Gobierno Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento

Cuadro 1 Recomendaciones emitidas por la CDHDF por violaciones al derecho a la salud de las mujeres 1993-2009 (continuación)

Recomendación/ caso	Respuesta de la autoridad	Tipo de violación	Autoridad	Avance/ situación actual
06/2006. Negligencia y deficiente atención médica.	Aceptada	Violación del derecho a la salud	Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
09/2006. Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud y responsabilidad médica.	Aceptada	Negligencia médica Violación al derecho a la salud	Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
10/2006. Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud.	Aceptada	Negativa de atención médica Violación al derecho a la salud	Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
13/2006. Obstaculización, restricción o negativa en el derecho a la salud.	Aceptada	Negativa o suspensión o prestación ineficiente del servicio público	Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
03/2008. Afectación a la integridad física, psíquica y moral; obstaculización en el derecho a la salud; negligencia médica; e incumplimiento de acuerdo de conciliación.	Parcialmente aceptada	Violación a los derechos humanos de integridad personal Violación al derecho a la salud	Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
15/2008. Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal.	Aceptada	Violación al derecho a la intimidad Violación al derecho a la salud Violación al derecho a la salud sexual y reproductiva Violación del derecho humano a la vida	Secretaría de Salud	Parcialmente cumplida/sujeta a seguimiento
02/2009. Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno infantil.	Aceptada	Negligencia médica Violación al derecho a la salud Violación al derecho a la salud sexual y reproductiva Violación del derecho humano a la vida	Secretaría de Salud	No cumplida/sujeta a seguimiento

Fuente: CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento. Fuente: CDHDF, Dirección Ejecutiva de Seguimiento.

Las violaciones al derecho a la salud de las mujeres en el Distrito Federal, de las que se da cuenta en las recomendaciones, siguen el patrón de las presuntas violaciones que se analizaron en el segundo capítulo, dedicado al planteamiento de las quejas recibidas por la CDHDF. Éstas consisten, en principio, en la negativa a brindar la atención médica aun en casos de urgencia. Ahora bien, una vez que la atención llega a darse, suele ser deficiente o ir acompañada de malas prácticas médicas y actos negligentes. Todo en un contexto de deficiencias estructurales relativas a carencias en infraestructura y equipamiento, personal profesional y medicamentos. A partir del núcleo de violaciones al derecho a la salud por negativa de atención médica, se derivan otras, como la negativa a la información, al consentimiento informado, a la integridad personal y el derecho a la vida, entre otros.

Al considerar las violaciones al derecho a la salud de las mujeres, las recomendaciones emitidas por la CDHDF van dirigidas, por un lado, a generar condiciones orientadas a evitar la repetición de violaciones, y por otro, a reparar el daño causado a las víctimas y a sus familiares.

Las nueve recomendaciones emitidas por esta Comisión contienen en total 40 puntos que, de acuerdo con la Dirección Ejecutiva de Seguimiento, se desglosan en 94 tareas específicas dirigidas a la Secretaría de Salud y a la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal. Estas tareas específicas abarcan, fundamentalmente: *a)* la necesidad de estudios y diagnósticos sobre el estado actual del sistema de salud en el Distrito Federal; *b)* el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento; *c)* medidas para garantizar el ejercicio profesional del personal de acuerdo con los estándares en materia de salud (responsabilidad médica), y *d)* la reparación del daño a las víctimas. A continuación se describen brevemente estas tareas de acuerdo con las recomendaciones emitidas.

Estudios y diagnósticos sobre el sistema de salud en el Distrito Federal

66

Con el fin de identificar las deficiencias del sistema de salud en el Distrito Federal, la CDHDF ha recomendado la realización de un informe especial y la creación de mecanismos de evaluación de la atención a la salud en general, y en particular, de la materno infantil. Los puntos recomendatorios más ilustrativos son:

- La realización de un estudio de los hospitales que forman parte de la red hospitalaria del Distrito Federal, con especialidades en materia de ginecoobstetricia, atención de partos y puerperio, para detectar posibles deficiencias y carencias materiales y humanas (13/2006).
- Elaborar e instrumentar un sistema de evaluación del Programa de Interrupción Legal del Embarazo que permita supervisar los procedimientos, así como conocer la opinión de las usuarias en torno a la información, trato y atención recibidas (15/2008).
- Con base en la información del estudio de la Recomendación 13/2006, elaborar un informe especial sobre la salud materno infantil (2/2009).

Otro punto recomendatorio establece que este informe especial debe realizarse en el marco del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, para que sirva de base para el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar la salud materno infantil. Es decir, los estudios sobre el estado actual de los servicios de salud son una pieza fundamental para el diseño de programas que subsanen las debilidades del sistema de salud en general, como la cobertura de la atención médica, el abastecimiento de equipo y medicamentos y las mejoras necesarias en el trato del personal médico hacia las pacientes. Precisamente sobre estos aspectos giran otros puntos.

Infraestructura, equipamiento y recursos humanos

De las 94 tareas que se desglosan de los puntos recomendatorios, casi la tercera parte está dirigida a subsanar las deficiencias en la infraestructura y equipamiento de los hospitales y unidades de atención médica, así como a garantizar la suficiencia del personal médico. Algunos de los puntos a destacar son:

- Que la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud realicen las acciones necesarias para la entrega-recepción del servicio médico y del espacio físico en que se deberá instalar la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (8/2005).
- Se celebre el Convenio de Colaboración para el Suministro de Medicamentos Controlados e Insumos Médicos con la Secretaría de Salud (8/2005).
- Se implementen las medidas para proporcionar el personal y equipo médico e instrumental idóneo a las unidades de ginecoobstetricia de la red de hospitales del Distrito Federal a fin de que las 24 horas del día estén disponibles para brindar atención médica eficaz, eficiente y de calidad (10/2006).
- Se diseñe un programa en los diversos hospitales adscritos a esa Secretaría, que prevea las ausencias de médicos generales, internistas o especialistas, para que haya por lo menos un médico especialista de cada rama para suplir dichas ausencias (13/2006).

El que no estén satisfechas las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos contribuye tanto a la negación del servicio médico como a una atención inoportuna e ineficaz. Si no hay médicos suficientes, difícilmente se puede dedicar a las pacientes el tiempo y la atención que requieren; la carencia de equipamiento adecuado puede contribuir a realizar diagnósticos errados, y la falta de medicamentos obstaculiza que las pacientes reciban el tratamiento necesario. Además, las malas prácticas médicas y las deficiencias en la atención suelen verse incrementadas por la discriminación e indiferencia del personal profesional en salud hacia las mujeres. A partir de este hecho, la CDHDF ha determinado, a lo largo de sus recomendaciones, puntos específicos sobre la responsabilidad y la práctica médica.

Responsabilidad y práctica médica

Tanto en las quejas recibidas por la CDHDF como en las violaciones a los derechos humanos que han sido documentadas en las nueve recomendaciones en cuestión, se ha evidenciado que las mujeres (especialmente las pobres o en reclusión) suelen ser discriminadas, maltratadas, recibir tratamientos ineficientes o explicaciones insuficientes de las intervenciones quirúrgicas recibidas.² De ahí la necesidad de establecer claramente la obligatoriedad de seguir determinados estándares normativos en materia de atención a la salud y las sanciones que se aplicarían en caso de su incumplimiento.

Aproximadamente una tercera parte de las tareas señaladas por la CDHDF en sus nueve recomendaciones van dirigidas a subsanar las fallas en el comportamiento de los médicos en tanto servidores públicos. Algunas de las tareas específicas más relevantes al respecto son:

- Acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, promover la práctica de cursos periódicos de capacitación y actualización profesional al personal que, por motivo de sus funciones, participe en intervenciones quirúrgicas (6/2006).

² Para una explicación vasta sobre el vínculo entre pobreza, género y salud, véase Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, Francia, OMS, 2005, p. 31.

- Brindar capacitación médico-legal para que los servidores públicos conozcan los efectos legales del incumplimiento de las disposiciones incluidas en la norma oficial aludida y en otras disposiciones similares (6/2006).
- Realizar una campaña de concientización entre el personal médico del sector salud dependiente de esa Secretaría, respecto de las responsabilidades en que pueden incurrir en caso de no cumplir con el servicio que tienen encomendado (13/2006).

Con estos y otros puntos recomendatorios, la Comisión busca que se subsanen las deficiencias en el trato que, en ocasiones, el personal de salud ha otorgado a las pacientes. Mediante estos y otros cambios estructurales se pretende generar las condiciones que impidan la repetición de acciones violatorias.

Ahora bien, más allá de establecer dichas condiciones, las violaciones a derechos humanos que dieron lugar a estas recomendaciones son un agravio a la salud de las mujeres, lo que en algunos casos causó la pérdida de la vida debido a las deficiencias del sistema de salud del Distrito Federal. Ante esto, el Estado tiene la responsabilidad de hacer frente a las consecuencias. Por eso, un cuarto y último bloque de los puntos recomendatorios del derecho a la salud se refiere a la reparación del daño a las víctimas.³

Reparación del daño a las víctimas

Una de las principales obligaciones que tienen los Estados por violaciones a derechos humanos es la de reparar los daños causados a la víctima. Por esta razón, aproximadamente la cuarta parte de las tareas contenidas en los puntos recomendatorios va dirigida a resarcir a las víctimas directas. Algunos de los puntos en este sentido se describen a continuación.

En la Recomendación 3/2008 se documenta el caso de una mujer que fue diagnosticada con el síndrome Sheehan posparto (padecimiento incurable) como consecuencia de la falta de atención a una hemorragia en el momento del parto. En este caso, la Comisión recomendó que se le proporcionaran los medicamentos necesarios de manera oportuna, permanente, eficiente y gratuita; que se le diera atención médica integral; que se incluyeran estudios de gabinete, laboratorio, así como la atención psiquiátrica y psicológica que necesitara; y que el costo total de la atención médica integral y multidisciplinaria requerida por la agraviada fuera absorbido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, entre otros puntos.

En la Recomendación 15/2008 se refiere el caso de una mujer que falleció a causa de una atención negligente en la interrupción de su embarazo. Al respecto, la Comisión recomendó que se procediera a la reparación del daño material y moral ocasionado a los familiares por la muerte de la agraviada. En la misma Recomendación otros puntos incluyen la reparación material e inmaterial tanto a la agraviada como a sus familiares y la reparación del daño moral ante la violación de la confidencialidad de datos personales (15/2008).

Los puntos recomendatorios dirigidos a que se asuma la responsabilidad frente a las víctimas, a modificar la conducta del personal profesional de salud, a generar las condiciones materiales que permitan una atención oportuna a las pacientes y, en última instancia, a contar con la información diagnóstica necesaria para la aplicación de programas integrales que garanticen el derecho a la salud, son los ejes incluidos en las recomendaciones que ha emitido esta Comisión, a fin de generar las condiciones para que el derecho a la salud de las mujeres cobre plena vigencia.

³ La reparación del daño es un tema sumamente amplio, profundo, complejo y con muchas particularidades. Con fines metodológicos, aquí nos ceñimos únicamente a identificar los puntos recomendatorios dirigidos explícitamente a reparar el daño a las víctimas directas o a sus familiares en cada una de las recomendaciones emitidas por esta Comisión en el tema del derecho a la salud de las mujeres. Para un estudio sobre las implicaciones y tipos de reparación del daño véase Claudio Nash Rojas, *Las reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (1988-2007)*, Chile, Universidad de Chile-Facultad de Derechos/Embajada de España en Chile-Oficina Técnica de Cooperación/Centro de Derechos Humanos, 2009.

Hoy en día, tanto la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal como la Secretaría de Salud y la Secretaría de Gobierno de esta ciudad trabajan de manera conjunta para llevar a cabo las tareas necesarias que permitan cumplir cabalmente con cada una de las recomendaciones emitidas.

En este informe, la situación del derecho a la salud de las mujeres se ha analizado básicamente en los hospitales de la red de la Secretaría de Salud y el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. La CDHDF ha emitido recomendaciones sobre violaciones al derecho a la salud de las mujeres en estos dos ámbitos, y en particular en lo que corresponde a la salud materno infantil. A continuación las revisaremos.

La salud de las mujeres en reclusión. Recomendación 8/2005

La CDHDF ha documentado, durante varios años, la situación de los derechos humanos de las personas en reclusión en el Distrito Federal. Desde su surgimiento, la Comisión ha emitido 44 recomendaciones sobre el sistema penitenciario; una de ellas, la 8/2005, fue dirigida a las autoridades del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla por violaciones al derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad.

Los hechos que originaron la Recomendación 8/2005 se refieren al caso de una interna que falleció debido a que no recibió la atención médica necesaria. La denuncia recibida por la Comisión señala lo siguiente:

Norma Angélica Ortega Sierra, interna en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, desde el 16 de octubre de 2005 comenzó a sentirse mal de salud, por lo que las internas del Centro solicitaron en vano la atención del personal médico o de custodia, lo que provocó su fallecimiento. El cuerpo permaneció varias horas en el piso del dormitorio.⁴

En consecuencia, el 17 de octubre de 2005 se presentó un motín en el Centro en cuestión, que se convirtió en el escenario de protestas de las reclusas por la nula o deficiente atención médica y por otros agravios, entre ellos la negativa del personal de seguridad y custodia para trasladar a las internas a la unidad médica, los maltratos que reciben del personal de salud y la falta de medicamentos para su tratamiento.

La CDHDF procedió a la investigación de los hechos. Después de confirmar que tanto el motín como el fallecimiento de Norma Angélica tuvieron como causa inmediata las deficiencias en los servicios de salud proporcionados en el centro de reclusión, la Comisión investigó más detalladamente. En síntesis, las conclusiones fueron:

- *Personal médico insuficiente.* En el Centro hay aproximadamente 1 500 internas, mismas que son atendidas solamente por dos doctoras, auxiliadas por enfermeros o enfermeras.⁵ Además, no se cuenta con el servicio de ginecología, psiquiatría ni dental.
- *Medicamentos insuficientes.* El medicamento disponible proviene de donaciones de particulares o del Seguro Social. La mayoría son muestras médicas, algunas caducas o a punto de caducar. En consecuencia, las internas tienen que adquirir por sí mismas o con el apoyo de sus familiares el medicamento

⁴ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 8/2005, Caso: restricción, negativa u obstaculización de atención médica y al derecho a la salud.

⁵ En la Recomendación se señala que se cuenta con seis médicas que cubren turnos de 24 horas laborales por 48 horas de descanso. Lo cual implica que, en efecto, sólo haya dos doctoras por turno para atender a las 1500 internas. Esta información se toma del oficio CFRSSMA/MDH/15805, suscrito por la directora del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. Para más detalles, véase el texto completo de la recomendación: <<http://www.cdhd.org.mx/index.php?id=rec0805>> (visitada en febrero de 2010).

recetado, pero “40% de las internas carecen de los recursos económicos para la adquisición de medicamentos o, peor aún, no cuentan siquiera con visita familiar”.⁶

- *Atención médica deficiente.* Las internas han señalado que reciben un trato despectivo y prepotente de las doctoras, enfermeras(os) y personal administrativo, quienes, cuando no se rehúsan a atenderlas, las tratan de mala gana.
- *Deficiencias en los traslados.* Cuando las internas deben ser trasladadas a un hospital externo para recibir la atención médica necesaria, suelen faltar o llegar tarde a sus citas debido a que no se realizan los trámites necesarios; además, el Centro no cuenta con ambulancias para traslados en casos de urgencia.
- *Instalaciones inadecuadas.* El servicio médico se encuentra en el tercer piso, lo que obstaculiza el traslado físico de las pacientes que no están en condiciones de subir hasta ese nivel. Las camillas son insuficientes, no se cuenta con el equipo necesario para atender a las internas, la farmacia hace las veces de dormitorio y hay áreas que no cuentan con personal, como la de urgencias y hospitalización.

A partir de la investigación, la CDHDF determinó que estas deficiencias en los servicios de salud del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla se deben a una razón principal:

- No se ha celebrado la entrega-recepción de la Unidad Médica de dicho Centro entre la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por lo tanto, no se han realizado los procedimientos administrativos necesarios para dotar a dicha Unidad de la infraestructura requerida para dar una atención de calidad a las internas.

Mientras la Unidad Médica del Centro de Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla no esté reconocida como tal ante la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ésta no podrá incluirla en su presupuesto y seguirá careciendo de los recursos materiales y humanos requeridos para que las internas ejerzan su derecho a la salud.

Considerando lo anterior, la CDHDF recomendó “que la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud, ambas del Distrito Federal, realicen las acciones necesarias para que, a la brevedad, se haga la entrega-recepción del servicio médico y del espacio físico en que se deberá instalar la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla”.⁷ A partir de ahí, ambas secretarías estarían en condiciones de celebrar el Convenio de Colaboración para el Suministro de Medicamentos Controlados e Insumos Médicos, instalar un área de atención ginecológica y pediátrica y, así, combatir la deficiente atención médica. La CDHDF también recomendó que se instruyera al personal profesional de la salud para que se ciñeran a los Principios de Ética Médica en la protección de las personas privadas de la libertad y que los traslados se realizaran de manera oportuna.

La Recomendación 8/2005 fue completamente aceptada por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Gobierno; hasta el momento se han registrado algunos avances en su cumplimiento; sin embargo, y como vimos en el capítulo sobre las quejas recibidas por la Comisión, todavía se registran abusos en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. El principal problema sigue siendo la negativa de atención médica por la carencia de recursos humanos y materiales, sin menospreciar que en muchos casos el personal de seguridad y custodia niega el acceso a las internas al servicio médico, el medicamento es insuficiente, las conductas del personal médico continúan siendo negligentes, y los traslados a hospitales externos, restringidos. Todos son serios obstáculos para el ejercicio del derecho fundamental a la salud de las mujeres en reclusión.

⁶ *Ibid.*

⁷ Véase el primer punto de la Recomendación 8/2005.

En lo que respecta a la Recomendación 8/2005, la principal tarea pendiente es la conclusión de la Unidad Médica; así se podrá estar en mejores condiciones para dotarla de la infraestructura que garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud para todas las internas.

La atención médica materno infantil de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Recomendación 02/2009

El 30 de marzo de 2009, la segunda Visitaduría General de la CDHDF formuló esta Recomendación una vez concluida la investigación de los hechos, la cual fue aprobada por el entonces secretario de Salud del Distrito Federal. La recomendación 2/2009 se basa en la relación de siete expedientes por negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno infantil, los cuales fueron recibidos entre 2007 y 2008. Por ser ésta la recomendación más reciente de la Comisión en materia de salud, se revisa con más detalle, a fin de integrar los puntos recomendatorios y las tareas emitidas en respuesta a las quejas de las mujeres agraviadas.

En principio, los hechos narrados por las y los peticionarios, así como el análisis de pruebas documentales, entre las que destacan los expedientes sobre la atención médica proporcionada a las mujeres agraviadas, así como a sus hijas e hijos, generaron la convicción de que hubo violaciones al derecho a la vida, a la salud materno infantil por negligencia médica e inaccesibilidad a los servidores de salud, por insuficiencia de recursos humanos y materiales, así como por omisión en la información a las usuarias del servicio médico y el consentimiento informado.

Para fundamentar la Recomendación 2/2009, a continuación se presenta una breve reseña de la relatoría de los hechos a partir del marco jurídico de los derechos a la salud que fueron violados.

Caso 1: mujer y su hija nacida prematuramente debido a una negligencia que consistió en la inhibición del trabajo de parto, con lo cual se provocó sufrimiento fetal y una lesión cerebral irreversible que le provocó la muerte siete meses después de nacida (queja presentada el 18 de junio de 2007).

Caso 2: mujer de 27 años y el producto de su embarazo, quienes fallecen al no ser debidamente atendidos por un problema de eclampsia⁸ en el Hospital General Dr. Rubén Leñero (queja presentada el 9 de noviembre de 2007).

Caso 3: mujer de 27 años y el producto de su embarazo, quienes no recibieron atención médica por falta de personal y de recursos materiales en el Hospital General Xoco. Al ser trasladada la agraviada al Hospital Materno Infantil de Cuauhtpec, el producto de su embarazo había muerto (queja presentada el 5 de diciembre de 2007).

Caso 4: debido a la carencia de recursos e insumos para brindar atención médica de urgencia materno infantil, murió el producto (queja presentada el 10 de junio de 2008).

Caso 5: fallecimiento de una mujer de 38 años después de casi 10 meses de permanecer en estado de completa discapacidad, debido a una mala práctica en la aplicación de anestesia, lo que le produjo daño cerebral irreversible (queja presentada el 13 de junio de 2008).

Caso 6: inaccesibilidad al servicio de atención médica materno infantil a tres mujeres embarazadas, debido a carencia de personal (queja presentada el 21 de septiembre de 2008).

Caso 7: falta de accesibilidad al servicio de atención médica en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta en agravio de tres mujeres, por carencia de personal (queja presentada el 18 de octubre de 2008).

⁸ Enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, eliminación de proteínas en orina, acumulación de líquido en los tejidos de las extremidades

La violación al derecho a la vida por negligencia médica

En el caso 1, la negligencia médica que sufrió la madre de familia que llegó al Hospital General Rubén Leñero y no recibió la atención adecuada a su problema médico de preclampsia, que evolucionó a eclampsia, produjo como consecuencia directa la pérdida de la vida de la mamá y de su producto.

Algunos puntos de esta Recomendación están orientados a la necesidad de que los gobiernos de cada entidad federativa instituyan los mecanismos necesarios para el mejoramiento de sus políticas públicas en materia de salud, con el objetivo de dar cobertura no solamente al derecho a la salud, sino también para proveer los beneficios que contribuyan al cumplimiento del derecho a la vida y a la calidad de ésta.

La negligencia médica y la falta de recursos y de personal médico son dos aspectos que vulneran el derecho a la salud. En los siete expedientes analizados se observó que la negligencia médica incidió de manera directa en el deterioro de la salud, generando en los casos 1 y 5 lesiones cerebrales irreversibles en la niña y en la mujer, que les provocaron la pérdida de la vida. De la misma manera, en el caso 2 la consecuencia de la negligencia fue la muerte de la madre agraviada y del producto de su embarazo.

En su artículo 2 la Ley General de Salud plantea la prolongación y el mejoramiento de la calidad del servicio a las usuarias y los usuarios, situación que no se logró en ninguno de los casos enunciados. Por ello, otro de los puntos recomendatorios de la Recomendación 2/2009 es precisamente la exigencia de una actitud solidaria del personal de salud hacia las pacientes, pues la carencia de esa actitud es visible en todos los casos.

De manera explícita la Ley de Salud del Distrito Federal atribuye al gobierno la prestación de servicios de atención materno infantil, que incluye la atención de las niñas y los niños y la vigilancia de su crecimiento, el desarrollo de su salud mental, la promoción de la vacunación oportuna, la atención especial a la prevención de embarazos precoces y la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Esto demuestra que el Distrito Federal tiene una organización legislativa acorde a los lineamientos internacionales en materia de salud, sin embargo, otro de los puntos establece que hace falta mejorar las políticas públicas de salud para que esta atención se imparta con calidad.

La violación del derecho a la salud por insuficiencia de recursos y personal médico

En el primer capítulo se vio que los instrumentos internacionales y la legislación local consideran en sus ordenamientos la disponibilidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, según el desarrollo —en este caso— del Distrito Federal. 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.

Como se ha visto en el planteamiento de la Recomendación 2/2009, la ausencia de recursos y de personal médico para la atención de urgencia en las situaciones descritas contribuyeron a generar, en la mayoría de los casos, lesiones graves e irreversibles en las personas agraviadas.

En lo que se refiere a la violación al derecho a la salud por omisión de información y consentimiento informado, en México la Comisión Nacional de Bioética creó el Código-Guía de Conducta Bioética o Deontológico, en abril de 2001, en el cual se dictaron dos principios básicos que denotan la importancia del consentimiento informado:

1. La actuación del médico debe solicitar consentimiento informado de los pacientes a sus familiares, excepto en los casos en los que debe tomarse una decisión rápida, sin que ello se demore por la obtención del consentimiento informado.

2. Deben preservarse los derechos y la dignidad del paciente, respetando su estado emocional o condición mental y concienciar al paciente o familiar responsable para obtener el consentimiento válidamente informado, con plena libertad de aceptar o rehusar el plan de estudio, tratamiento médico o la ayuda médica recomendada.

Asimismo, la Ley de Salud del Distrito Federal establece el derecho de las y los usuarios de este servicio a recibir información sobre su salud y los aspectos médicos de su condición, a excepción única de que el conocimiento de estos hechos represente un peligro para su propia salud o la vida.

Reparación del daño

Tal como en las recomendaciones que se revisaron con anticipación, la Recomendación 2/2009 está orientada a evitar la repetición del daño, y a reparar el causado a las víctimas y sus familias. De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la pretensión original de la reparación del daño en materia de derechos humanos consiste en restablecer, o bien compensar a las víctimas para paliar los daños sufridos por el acto ilícito. Implica el deber de resarcimiento del Estado en un esquema de reparación adecuado, integral y proporcional a los daños producidos. Asimismo, la reparación debe tener como objetivo la plena restitución a la situación anterior a la violación. Cabe mencionar que estas medidas de reparación no pueden ser consideradas como penas, más bien se constituyen en compensaciones a la víctima.

La naturaleza y monto de las medidas de reparación del daño dependen de las características de la violación y del daño ocasionado en los planos material e inmaterial, sin que ello implique enriquecimiento o empobrecimiento para la víctima.

Conforme a la doctrina de los derechos humanos, se entiende el daño emergente como las pérdidas económicas, efectivamente sufridas y valuables con certeza, que han sufrido las víctimas o sus familiares como resultado directo de la violación al derecho a la salud, que en este caso se traduce en los gastos médicos en que han incurrido los familiares y, en su caso, los gastos derivados de los funerales y el destino final del cuerpo de las personas fallecidas. Por su parte, el lucro cesante constituye la ganancia que dejó de obtener la víctima o sus familiares a causa de la violación a sus derechos fundamentales.

Por los casos anteriormente expuestos, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal solicitó como reparación del daño, en materia de indemnización, que la Secretaría de Salud del Distrito Federal tomara en cuenta las reclamaciones de todas y todos los peticionarios y agraviados presentados en este instrumento. La reparación económica que corresponde debe tomar en consideración el daño emergente producido a la economía de las familias afectadas por los fallecimientos y las enfermedades producidas a las madres y sus hijas e hijos a causa de negligencia médica. De igual manera, la indemnización debe considerar los ingresos que han dejado de percibir las familias afectadas, en aquellos casos en los que las madres de familia contribuían al gasto familiar.

Puntos recomendatorios 2/2009

En general, esta última Recomendación considera los avances de las recomendaciones previas, a fin de dar cumplimiento eficaz y oportuno al derecho a la salud de las mujeres. Por ejemplo, confirma la necesidad del estudio sobre los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que brindan atención materno infantil, para lo cual se contará con el apoyo de la oficina en México de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de validar los resultados de este ejercicio de autoevaluación. Asimismo, recomienda que los resultados de este estudio deben plasmarse en un informe especial sobre la atención materno infantil que sirva en la planeación de políticas públicas encaminadas a mejorar el servicio de salud pública en la materia. El diagnóstico de los nosocomios deberá incluir:

- a) El número de médicos especialistas en salud materno infantil que se requiere para atender eficazmente las necesidades de la población.
- b) Las adecuaciones necesarias en las instalaciones de los nosocomios de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de atender de manera eficaz las demandas de la población que necesite atención médica materno infantil.
- c) La adquisición de insumos, material terapéutico y aprovisionamiento de medicinas necesarios para brindar atención médica adecuada durante el embarazo, parto y puerperio.

De manera específica, la Recomendación 2/2009 establece que se repare el daño a las personas agraviadas y peticionarias de los siete casos presentados en los siguientes términos:

- a) Por el daño emergente, que deberá calcularse en los gastos erogados a causa de la negligencia médica y, en su caso, el fallecimiento de las madres y los productos de su concepción.
- b) Por el lucro cesante que dejaron de percibir aquellas familias en las cuales las madres de familia fallecidas aportaban al sustento económico, o cuando los padres de familia tuvieron que dejar de trabajar para cuidar la salud de las mujeres o recién nacidos(as) que enfermaron gravemente a causa de la negligencia médica, tomando en cuenta los ingresos que percibían antes de la vulneración a sus derechos fundamentales y la esperanza de vida en promedio de los habitantes del Distrito Federal.
- c) Por los daños provocados en el ámbito moral de las familias afectadas, debido a la pérdida irreparable de los miembros de la familia (madres, hijas e hijos). Esta compensación se llevará a cabo a través de medidas terapéuticas psicológicas a quienes así lo soliciten.

Otro punto recomendatorio consiste en la modificación del formato universal de la Hoja o Carta de Consentimiento Informado, que además de cumplir con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, incluya los siguientes requisitos mínimos:

- a) Que se expliquen de manera detallada los procedimientos que se llevarán a cabo para atender la salud del/la paciente.
- b) Que se informe a las y los usuarios de los servicios médicos las posibles complicaciones, así como secuelas o riesgos inherentes a los procedimientos de diagnóstico terapéutico o rehabilitado que requieren.
- c) Que se lleve un registro del expediente clínico que fue asignado a la/el paciente.
- d) El registro deberá firmarlo la/el médico responsable (no residentes ni médicos de pregrado).

Además, recomienda que la Secretaría de Salud del Distrito Federal colabore con la Contraloría Interna de esa misma dependencia y con la Procuraduría General de Justicia de la entidad en la integración de los expedientes que versan sobre la responsabilidad médica profesional de las y los médicos que incurrieron en negligencia, conforme a los hechos denunciados en este instrumento recomendatorio.

Finalmente, la 2/2009 recomienda que se ofrezca a las familias de las personas agraviadas los programas de beneficencia social que más les convengan del Gobierno del Distrito Federal.

Si bien esta recomendación fue elaborada en el año 2009, con fundamento en casos recibidos entre 2007 y 2008, los puntos recomendatorios tienen vigencia para todas las quejas que se analizaron en el segundo capítulo de este informe, recibidas durante 2009. El que esta recomendación aún no haya sido cumplida se refleja en la permanencia de violaciones al derecho a la salud por los mismos motivos, específicamente por negligencia médica y falta de recursos humanos y materiales.

Comentarios y recomendaciones

En la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal reconocemos las buenas prácticas orientadas a la consolidación y vigencia de los derechos humanos, pues en nuestra misión de proteger y denunciar presuntas violaciones, también hemos atestiguado logros, avances y disposición por parte de las autoridades gubernamentales del Distrito Federal en la incorporación del enfoque de derechos humanos.

Un avance importante en este sentido son el Diagnóstico y el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, que han sido posibles gracias a la coordinación interinstitucional de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y la propia Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

En este informe se reporta sólo una parte de las tareas que tiene a su cargo la CDHDF, en particular aquellas relacionadas con las quejas recibidas y las recomendaciones emitidas, en este caso por violaciones al derecho a la salud. Entre otras actividades que forman parte del quehacer de la Comisión, pueden mencionarse las de promoción y difusión de los derechos humanos.

En relación con el tema de la salud, el trabajo de difusión de los derechos humanos y la no discriminación que sufren las personas que viven con VIH/sida se ha fortalecido con el *Convenio Específico de Colaboración*, signado por la CDHDF, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el Programa VIH/sida de la Ciudad de México y la asociación civil Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana. El propósito de este Convenio es desarrollar un mecanismo de atención y asesoría para la población usuaria de la Clínica Especializada Condesa, adscrita al Programa VIH/sida de la Ciudad de México.¹

¹ La Clínica Especializada Condesa ofrece un servicio de punta respecto a los demás países de América Latina; sin embargo, las quejas en su contra se ubican en el marco de las más recurrentes violaciones a los derechos humanos de las personas con VIH/sida, como los retrasos en la entrega de los estudios de laboratorio y otros problemas relativos a la discriminación, a la inadecuada información sobre los resultados de la prueba, al cambio del esquema de medicamento sin información de los motivos de la

En el marco de este convenio, el compromiso de la CDHDF es contribuir a la formulación y ejecución de un programa de capacitación en derechos humanos para el personal del Programa VIH/sida; participar con Letra S en la presentación y seguimiento de quejas de las y los usuarios registrados en su módulo de atención en derechos humanos, y brindar asesoría a dicha organización civil en lo que se refiere a orientación, capacitación y promoción de los derechos humanos, con ello se pretende beneficiar a gran cantidad de mujeres infectadas con VIH/sida.

Otras acciones encaminadas a la atención de la salud de las mujeres fueron puestas en marcha desde la Dirección General de Educación, mediante talleres de capacitación sobre el derecho a la salud en el Distrito Federal. Durante 2009 se impartieron los siguientes talleres: Sexo seguro y protegido, realizado en el marco de la feria Amor es sin violencia en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, con el objetivo de sensibilizar a la población en general sobre el uso de condón masculino y femenino e implementos del sexo protegido, para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual a la mujer.

Las mujeres en reclusión también recibieron capacitación en el taller Los derechos de las mujeres, dirigido a once internas del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, para dar a conocer los derechos —incluidos los relativos a la salud— que les reconoce a las mujeres la CEDAW, aun viviendo en reclusión.

Algunos hospitales del Distrito Federal también recibieron capacitación en el tema. Por ejemplo, en el Hospital Materno Infantil Inguarán se llevó a cabo el taller sobre La interrupción legal del embarazo, dirigido a 37 mujeres y un hombre, trabajadores sociales, para analizar los derechos sexuales y reproductivos en el marco de las responsabilidades de las y los prestadores de servicios de salud, su influencia en la calidad de los servicios en general, y en la salud sexual y reproductiva en particular.

En el Hospital Milpa Alta se realizó el taller El derecho a la salud como derecho humano, dirigido a 40 mujeres y 40 hombres del personal de salud, para reflexionar sobre los derechos humanos en el ámbito de la salud y la responsabilidad médica ante la toma de decisiones de las y los pacientes; y en el Hospital Juárez se llevó a cabo el mismo taller, esta vez dirigido a 77 mujeres y 71 hombres del personal de salud, con el propósito de consolidar una cultura de derechos humanos entre el personal de salud.

Finalmente, se impartió el taller Sexo seguro y protegido, dirigido a la población abierta para desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para que las mujeres mantengan o adopten conductas seguras y responsables para su vida erótico-efectiva; a éste asistieron 24 mujeres.

Recomendaciones finales

Este informe es producto del análisis de los casos atendidos en la CDHDF, por ello la información no es generalizable a toda la población femenina del Distrito Federal, pues sólo da cuenta de las violaciones al derecho a la salud que se registraron el año pasado. Sin embargo, las recomendaciones que a continuación se enlistan sí tienen la intención de evitar la repetición de hechos violatorios.

Tomando en cuenta las condiciones de exclusión y marginación social en que viven muchas mujeres, es importante, en primer lugar, fortalecer la infraestructura del sistema de salud, incluyendo la dotación suficiente de recursos materiales y humanos, así como encaminar acciones para mejorar la relación médico/paciente en términos de apego a las normas en materia de salud y no discriminación.

Las recomendaciones deben considerar todos aquellos obstáculos para ejercer el derecho a la salud que tienen lugar tanto en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal como en los centros

sustitución, a la escasa información que se brinda respecto a los efectos secundarios de los antirretrovirales, a los malos tratos y la escasa capacitación del personal sobre las guías e instrumentos que norman su actuación (CDHDF, *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH*, México, 2008, p. 8).

de reclusión. Además, es necesaria la práctica de tareas específicas que abatan las enfermedades y las defunciones que son producto de la carencia o deficiente atención a la salud materno infantil.

Con estas bases se concluyen tres grandes puntos recomendatorios, dos específicos derivados directamente de las recomendaciones emitidas por esta Comisión, y uno de carácter general que surge, precisamente, a partir de la elaboración de este informe:

1. Realizar un estudio sobre la infraestructura de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud en materia de salud materno infantil.
2. Concluir la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, y
3. Responsabilidad del personal médico y administrativo para apropiarse el ejercicio de la ética profesional en la atención a la salud.

ESTUDIO SOBRE LA INFRAESTRUCTURA DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

En la CDHDF reconocemos los esfuerzos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en términos de construcción, remodelación e inversión en equipo e infraestructura. Y respecto a la accesibilidad económica, reconocemos el servicio gratuito que se brinda a las personas sin seguridad social.

Sin embargo, insistimos en la urgencia de un diagnóstico sobre las necesidades estructurales del sistema de salud pública y el abastecimiento de recursos humanos y materiales, a fin de ofrecer atención médica de calidad. De ahí retomamos los puntos de las Recomendaciones 13/2006 y 2/2009, que consisten en:

- Realizar un estudio de la red hospitalaria del Distrito Federal para detectar posibles deficiencias o carencias materiales y humanas, y concluir dicho estudio con un informe especial sobre la atención materno infantil que forme parte del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal. A partir de esto se podrá establecer:
 - El número de médicos especialistas en salud materno infantil que es necesario contratar para atender de manera eficaz las necesidades de la población en este ámbito.
 - Las adecuaciones que se tienen que llevar a cabo en las instalaciones de los hospitales de la Secretaría de Salud, con el propósito de atender las demandas de la población.
 - La adquisición de insumos, material terapéutico y aprovisionamiento de medicina necesarios para la atención médica adecuada de la población que requiere de los servicios de salud materno infantil en la atención del embarazo, parto y puerperio.

CONCLUIR LA UNIDAD MÉDICA DEL CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL SANTA MARTHA ACATITLA

En buena medida la deficiente atención a la salud en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla deriva de la ausencia de una Unidad Médica que tenga la infraestructura necesaria para atender oportuna y eficientemente la salud de las internas. Este punto quedó asentado en la Recomendación 8/2005, según la cual es necesario:

- Que la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Salud del Distrito Federal realicen las acciones necesarias para la entrega-recepción del servicio médico y del espacio físico en que se deberá instalar la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. Esto permitirá:

- Dar cabal cumplimiento a la NOM-178-SSA-1998, que enlista los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica.
- Valorar la posibilidad de instalar la Unidad Médica del Centro en la planta baja de las instalaciones del mismo, donde se tenga un acceso y egreso directo, rápido y seguro.
- Aplicación del sistema SAICA que tiene implementado para sus almacenes y bodegas.
- Celebrar el Convenio de Colaboración para el Suministro de Medicamentos Controlados e Insumos Médicos.
- Instalar un área de atención ginecológica y otra de atención pediátrica con todos los recursos humanos y materiales que permitan atender a las internas y a sus hijas e hijos.
- Cumplir con la NOM-001-SSA2-1993, de tal forma que la Unidad Médica sea accesible a mujeres con discapacidad.

Asimismo, hay que reconocer la importante inversión² de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para la remodelación de las unidades médicas de los reclusorios femenino y varonil, entre ellos el de Santa Martha Acatitla. Es necesario seguir en coordinación y vinculación para asegurar el pronto cumplimiento de los puntos recomendatorios aquí señalados.

RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA APROPIARSE DEL EJERCICIO DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Parte de las violaciones al derecho a la salud que documentamos en este informe son resultado de relaciones interpersonales inadecuadas entre el personal médico o administrativo y las mujeres que demandan su servicio. De ahí la necesidad de sensibilizar con perspectiva de género y de derechos humanos al personal médico para lograr de manera eficaz el compromiso y el respeto de la ética médica, la dignidad de las personas y la confidencialidad de las pacientes.

El análisis de las quejas y las recomendaciones que dieron sustento a este informe nos deja la idea de que la salud de la mujer suele ser desvalorada, sobre todo si se trata de mujeres en situación de pobreza y mujeres en reclusión. El principio de los derechos humanos es salvaguardar la dignidad de las personas en todo momento; las y los servidores públicos deben apropiarse de este compromiso como parte de su trabajo.

En la medida en que la red hospitalaria no cuente con la infraestructura adecuada para atender casos de exclusión y marginación, mientras el personal médico no goce de las condiciones necesarias para el eficiente cumplimiento de su trabajo, y mientras no se haya asumido el compromiso de proteger el derecho a la salud de las personas en cualquier circunstancia, se seguirán llevando a cabo violaciones a los derechos humanos.

En la CDHDF estamos conscientes de que la protección del derecho a la salud debe considerar las condiciones de marginación, pobreza y discriminación que hoy en día enfrentan muchas mujeres. Para garantizar este derecho se requieren esfuerzos por parte de los distintos niveles y órganos de gobierno y de la sociedad civil, pues sólo así será posible el ejercicio pleno de derechos y libertades de las mujeres en el marco de los compromisos asumidos internacionalmente.

El cumplimiento del derecho a la salud es una lucha constante, y su impulso nos compete a todas y todos. La CDHDF ratifica su compromiso de seguir trabajando en la construcción de un escenario en el que se abatan las condiciones que impiden el respeto a la dignidad de todas las mujeres en el Distrito Federal.

² SSDF, "Comparecencia. Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Dr. Armando Ahued Ortega. Secretario de Salud del Distrito Federal". Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=199&Itemid=190> (visitada el 17 de febrero de 2010).

Bibliografía

- CDHDF, *Ley y Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal* (Serie Documentos Oficiales), CDHDF, México, 2009.
- , *Diagnóstico interinstitucional sobre el sistema penitenciario en el Distrito Federal*, México, 2002. Disponible en: <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=diag_indice> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , *Informe especial sobre la trayectoria de la población sentenciada, proceso legal y calidad de vida en los centros penitenciarios del Distrito Federal*, México, 2004. Disponible en: <<http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/trayectoria/trayectoria.pdf>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión del Distrito Federal 2003-2004*, México, 2005. Disponible en: <<http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/informereclus.pdf>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005*, México, 2006. Disponible en: <http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/diagnostico_reclusorios/Interiorespdf> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , *Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a derechos humanos*, CDHDF, México, 2008.
- CIDH, *Informe sobre la Situación de los derechos humanos en México*, 1998. Disponible en: <<https://www.cidh.oas.org/countryrep/Mexico98sp/capitulo-11.htm>> (visitada el 21 de febrero de 2010).
- Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Diagnóstico de derechos humanos del Distrito Federal*, México, 2008. Disponible en: <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=informesdiagnostico>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2008. Disponible en: <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=informesprograma>> (visitada el 22 de febrero de 2010).

- Comité DESC, “Observación general número 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 2000. Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Recomendaciones al 6to Informe de México 2006”. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/CONCLUDING_COMMENTS/Mexico/Mexico-CO-6.pdf> (visitada el 21 de febrero de 2010).
- Corte IDH, “Caso González y otras (‘Campo algodnero’) vs. México, sentencia de 16 de noviembre de 2009”. Disponible en: <<http://www.corteidh.or.cr/casos.cfm?idCaso=327>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reunida en Beijing, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995.
- Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, CIESAS / Comité promotor para una maternidad sin riesgos en México/Instituto Nacional de las Mujeres, 2009. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad, *Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género*, Barcelona, 2004. Disponible en: <<http://www.fundsis.org/docs/Conformacion-de-la-politica-sanitaria-desde-la-equidad-de-genero-0.pdf>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- Gabinete de Desarrollo Humano y Social / Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, *Los objetivos del desarrollo del milenio en México. Informe de avance 2006*, México, 2006. Disponible en: <<http://www.objetivosdelmilenio.org.mx/informes.htm>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- García Prince, Evangelina, “Igualdad y equidad de género en políticas de salud”, *Salud Pública. Enfoque bioético*, Desinlimed, Caracas, 2005.
- Instituto de la Mujer Oaxaqueña, *Diagnóstico sobre la violencia de género y las desigualdades entre mujeres y hombres en el estado de Oaxaca*, Oaxaca, 2008.
- INEGI, “Principales indicadores de recursos humanos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2000 a 2006”. Disponible en: <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal20&s=est&c=7010&e=09>> (visitada el 19 de febrero de 2010).
- , “Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por entidad federativa, 2002 a 2006”, <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal08&s=est&c=3898&e=09>> (visitada el 21 de febrero de 2010).
- INEGI e Inmujeres, *Mujeres y hombres en México*, 2009.
- Inmujeres, “Nacidos vivos con bajo peso al nacer”, <<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/133.pdf>> (visitada el 21 de febrero de 2010).
- Nash Rojas, Claudio, *Las reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (1988-2007)*, Chile, Universidad de Chile-Facultad de Derechos/Embajada de España en Chile-Oficina Técnica de Cooperación/Centro de Derechos Humanos, 2009.
- OACNUDH, “Actualización del Capítulo 5 del Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México”, México, 2007. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100898.pdf> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- OMS, “Informe sobre la salud en el mundo 2005”, Ginebra, 2005. Disponible en: <<http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , “Las mujeres y la salud. Los retos de hoy, la agenda de mañana. Resumen analítico”, 2009, Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf> (visitada el 21 de febrero de 2010).

- ONU, “Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Distr. General: A/CONF.177/20, 17 de octubre de 1995”. Disponible en: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.sp>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994”. A/CONF.171/13 y Add. 1.
- PNUD, “Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano”, Disponible en: <<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/informes/index.html>> (visitada el 19 de febrero de 2010).
- Romo Viramontes, Raúl y Miguel Sánchez Castillo, *El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población*, Disponible en: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/02.pdf>> (visitada el 19 de febrero de 2010)
- SCJN, “Jurisprudencia emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia”, Novena Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, XXIX, abril de 2009, 1a./J. 50/2009.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, núm. 22, vol. II. Daños a la Salud, 2002, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/>> (visitada el 22 de febrero de 2010).
- , “Razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008”, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xlsRazonMuerteMaternayDefunciones.xls>> (visitada el 19 de febrero de 2010).
- SSDF, “Comparecencia. Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Dr. Armando Ahued Ortega. Secretario de Salud del Distrito Federal”. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=199&Itemid=190> (visitada el 17 de febrero de 2010).
- , “Agenda estadística 2008”. Disponible en: <<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2008/>> (visitada el 21 de febrero de 2010).
- West, Robin, *Género, teoría y derecho*, Siglo del Hombre, Bogotá, 2000.
- Zamberlin, Nina, *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos, Guía sobre salud sexual y reproductiva*, Fondo de Población de Naciones Unidas, Buenos Aires, 2007.

Informe anual 2009, volumen II. Situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal, se terminó de editar en marzo de 2010 y estuvo bajo el cuidado editorial de Solar, Servicios Editoriales, S. A de C. V. Para su composición se utilizaron los tipos Frutiger 45 Light 13/14 y 11/14, y Adobe Garamond 11/14.