



RECOMENDACIÓN NO. 58/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y V2, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V2, ASÍ COMO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1 EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”, EN CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 14 noviembre de 2018

**DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/4/2018/1869/Q, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.*

I HECHOS.

3. El 15 de febrero de 2018, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por V1 en la que denunció violaciones a los derechos humanos en su agravio y en el de su hija V2, presumiblemente atribuibles a personal médico del Instituto Nacional de Perinatología “*Isidro Espinosa de los Reyes*” (en adelante “Instituto”), en la Ciudad de México.

4. V1 narró que en agosto de 2016, tuvo conocimiento que cursaba un embarazo de 8 semanas de gestación, por lo que comenzó a recibir atención con un médico particular, y el 12 de octubre de 2016, fue admitida en el Instituto, donde se llevó su control prenatal.

5. V1 expresó que era su segundo embarazo, y que su primer embarazo se resolvió mediante una cesárea debido a una desproporción cefalopélvica, añadiendo que presentaba síndrome de Samter¹. Estos antecedentes eran del conocimiento del

¹ Alergia a analgésico, asma y pólipos nasales. Beltrán A., García C. M., Enfermedad respiratoria exacerbada por ácido acetilsalicílico, Alergias, Asma e Inmunología Pediátrica, Vol. 13, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.Pre

personal médico tratante que la atendía desde la etapa prenatal, así como de las personas servidoras públicas, quienes le informaron que al haber transcurrido 5 años desde su primer embarazo y el estado saludable del producto de la gestación, éste podría nacer por parto natural.

6. V1 contaba con cita para el lunes 6 de marzo de 2017, sin embargo, el 5 de marzo a las 09:30 horas, comenzó a sentir dolor y acudió al Instituto, donde le indicaron que estaba en labor de parto, y le solicitaron que regresara una vez que las contracciones fueran cada dos o tres minutos.

7. El 6 de marzo de 2017, a las 01:30 horas, regresó al Instituto, donde le informaron que tenía cinco centímetros de dilatación, por lo que fue ingresada a la sala de expulsión y le aplicaron diversos medicamentos y anestesia. A las 03:05 horas, el personal médico realizó maniobra para romperle la fuente.

8. A las 07:00 horas, se le informó a V1 que todo iba evolucionando bien y continuaba el proceso de parto natural, se enteró que su hija estaba en posición transversa y que tenía frecuencia cardíaca normal. Posteriormente, dos médicos intentaron girar manualmente la cabeza de la bebé sin éxito.

9. A las 09:00 horas, se le avisó a V1 que su parto sería con uso de fórceps y le informaron sobre los riesgos de su uso –entre ellos el daño neurológico-, sin embargo, también se le explicó que por la posición de V2 y las cicatrices que V1 tenía, el parto con fórceps era seguro, motivo por el cual otorgó su consentimiento, a pesar de que expresó que prefería se le realizara una cesárea.

10. V1 refirió que entre tres médicos intentaron usar fórceps, pidiéndole a una residente que empujara al bebé desde arriba, y después de intentos fallidos, le fue practicada una cesárea de emergencia.

11. A las 09:51 horas, cuando los médicos extrajeron a V2, ésta no lloró y le informaron a V1 que la estaban revisando. Asimismo, indicó que los médicos no

accedieron a que viera a su hija. Posteriormente, le indicaron que trasladarían a V2 a cuidados intensivos porque había sufrido asfixia.

12. V1 manifestó que además sufrió ruptura de vejiga y útero durante el proceso de parto vía vaginal. El 10 de marzo de 2017, V1 fue dada de alta y V2 continuó internada.

13. El 21 de marzo de 2017, V1 fue informada de que su hija al nacer había convulsionado después de la asfixia que presentó al momento de su nacimiento.

14. El 24 de marzo de 2017, se le informó a V1 que V2 se encontraba estable, sin embargo, se le hizo del conocimiento que habían encontrado deterioro en V2 y que no se podía descartar en el futuro “un retraso mental”, por lo que su hija necesitaría terapias de rehabilitación neurológica por lo menos los primeros tres años de su vida.

15. El 29 de marzo de 2017, V2 fue dada de alta, momento desde el cual se encontró recibiendo medicamentos para las convulsiones.

16. V1 refirió que a raíz de los hechos se ha enfrentado a dificultades para obtener las terapias de rehabilitación para V2 en instituciones públicas, y debido al tipo de atención que requiere su hija, se ha visto afectada en su desarrollo profesional y personal.

17. Con motivo de los hechos narrados en la queja, esta Comisión Nacional, inició el expediente CNDH/4/2018/1869/Q, por lo que solicitó información y copia de los expedientes clínicos de V1 y V2 al Instituto por medio de la Secretaría de Salud. Adicionalmente se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

18. Escrito de queja de 15 de febrero de 2018, presentado por V1, ante esta Comisión Nacional.

19. Oficio OAG-DDH-1360-2018 de 2 de mayo de 2018, a través del cual la Secretaría de Salud rindió el informe solicitado por esta Comisión Nacional sobre la atención otorgada a V1 y V2 en el Instituto, destacando los siguientes anexos:

19.1 Oficio INPER-DG-DM-207-2018 de 25 de abril de 2018, mediante el que el Instituto rindió informe sobre la atención médica otorgada a V1 y V2.

19.2 Escrito de 26 de abril de 2018, a través del cual una médica pediatra neonatóloga rindió informe sobre el caso de V1 y V2.

19.3 Escrito sin fecha, por el que el Jefe del Departamento de Tococirugía y Urgencias del Instituto rindió informe sobre el caso de V1 y V2.

20. Expediente clínico de V1, integrado en la atención médica en el Instituto.

21. Expediente clínico de V2, integrado en la atención médica en el Instituto.

22. Escrito de ampliación de queja de 4 de junio de 2018, suscrito por V1, en el que argumentó las violaciones a derechos humanos que consideró se cometieron en su agravio y en el de V2, adjuntando anexos.

23. Acta Circunstanciada de 17 de julio de 2018, mediante la cual se hizo constar la gestión telefónica realizada por personal de esta Comisión Nacional con V1, quien informó el estado actual de salud de V2.

24. Oficio OAG-DGACC-2803-2018 de 4 de septiembre de 2018, a través del cual la Secretaría de Salud rindió informe en ampliación sobre el caso de V1, mediante el que adjuntó, entre otros anexos, el similar INPER-DG-DM-0387-2018 de 31 de agosto de 2018, suscrito por el Director Médico del instituto, en el que rindió informe sobre los hechos.

25. Acta Circunstanciada de 3 de octubre de 2018, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida por personal de esta Comisión Nacional con V1, quien reiteró que V2 continúa recibiendo terapias para su desarrollo, tanto en instituciones públicas como privadas y que se le realizaría una valoración neurológica, manifestando no haber recibido apoyo por parte del Instituto.

26. Acta Circunstanciada de 4 de octubre de 2018, en la que se documentó la llamada telefónica sostenida por una visitadora adjunta de este Organismo Nacional, con una abogada de la Organización que representa a V1. Ocasión en la que informó sobre la interposición de un Juicio de Amparo por la inadecuada atención médica a V1 y V2, remitiendo vía electrónica la resolución dictada en la misma.

27. Opinión médica sobre el caso de V1 y V2, emitida el 8 de octubre de 2018, por una médica de este Organismo Nacional.

28. Acta circunstanciada y anexos de 23 de octubre de 2018, en la que se hizo constar el status de médico interno de algunos de las y los médicos que intervinieron en la atención médica de V1 en el Instituto.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

29. La Secretaría de Salud informó a este Organismo Nacional por oficio OAG-DDH-1360-2018 de 2 de mayo de 2018, que por los hechos antes relatados, no se consideró dar vista al Órgano Interno de Control del Instituto, toda vez que *“el personal médico que prestó atención a la hoy quejosa, se apegó al manejo de acuerdo a la lex artis médica”*.

30. El 31 de marzo de 2017, V1 promovió juicio de amparo en contra del Instituto, definiendo como acto reclamado: *“[l]os tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante mi labor de parto, los cuales transgreden el artículo 22 de la Constitución Federal [...] Derivado de lo anterior reclamo la falta de una adecuada atención médica”*.

31. El juicio fue radicado ante el Juez Segundo de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, y el 29 de septiembre de 2017 se emitió sentencia, otorgando el amparo y protección de la Justicia de la Unión a V1 y V2. La resolución fue emitida para efecto de que el instituto *“no continuara siendo omiso en realizar procedimientos de rehabilitación a [V1 y V2]”* y les otorgara atención de rehabilitación por las secuelas derivadas de la inadecuada atención médica.

IV. OBSERVACIONES.

32. En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2018/1869/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 y V2, por lo que a continuación, se realizará el análisis siguiente: Derecho a la protección de la salud de V1 y V2; Interés superior de la niñez de V2;

Derecho a la integridad personal de V1 y V2; y Derecho a una vida libre de violencia de V1.

A. Derecho a la protección de la salud.

33. El artículo 4º, párrafo cuatro, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [por lo que para garantizarlo], es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos [...]*”².

34. Por su parte, los artículos 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, reconoce que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

35. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puntualiza que “[l]a salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de

² SCJN. Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 “*Derecho a la salud. su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”. Gaceta. Abril de 2009. Registro No. 167530.

salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

36. Al respecto, esta Comisión Nacional ha reiterado que este derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*³.

A.1. Salud materna e infantil.

37. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24, señaló que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*⁴ y que *“[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*⁵.

38. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, reconoció que: *“[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el*

³ CNDH. Recomendación General 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, página 7, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párr. 21.

⁴ Párrafo 1.

⁵ Párrafo 27.

*desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto[...]*⁶.

39. Por su parte a nivel internacional ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño⁷, garantizando su salud y bienestar.

40. A nivel regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”⁸.

41. Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, *Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud*, “[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del

⁶ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

⁷ ONU. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, 2015.

⁸ CIDH. Informe “acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”⁹, por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”¹⁰.

A.2 Antecedentes médicos de V1.

42. Este Organismo Nacional considera importante destacar que V1 durante un embarazo previo, recibió atención médica en el Instituto desde el año 2012, toda vez que padecía asma. El 8 de febrero de ese año, acudió al Instituto como parte del seguimiento de su embarazo y se detectó que presentaba desproporción cefalopélvica, por lo que se le practicó una cesárea el 9 de febrero de 2012 para concluir su embarazo.

43. Lo anterior es de mencionarse, toda vez que la desproporción cefalopélvica se debió a una alteración de la pelvis materna, la cual es una situación anatómica no modificable, por lo que este antecedente en V1, al ser permanente, fue uno de los factores de riesgo que presentó en su segundo embarazo, y que ameritaría la práctica de una cesárea para evitar partos difíciles y consecuencias desfavorables para V1 y el producto de la gestación, tal como se analizará más adelante.

⁹ CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

¹⁰ *Ibidem*, párr. 181.

A.3 Control prenatal en el segundo embarazo de V1.

44. Por lo que refiere a los hechos que motivan la presente Recomendación, el control prenatal de V1, durante su segundo embarazo, inició el 28 de septiembre de 2016, en el que SP1 la valoró por primera vez y determinó como antecedente patológico que padecía Asma¹¹, y que su primer embarazo terminó en cesárea en el año 2011, por desproporción céfalo-pélvica.

45. El 12 de octubre de 2016, V1 fue atendida en el servicio de Tococirugía, donde se le diagnosticó Síndrome de Samter¹², lo que de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional resultaba un padecimiento de gravedad. Dicho Síndrome fue confirmado durante las valoraciones médicas de 24 de octubre, 8 y 28 de noviembre, 26 y 29 de diciembre, todos de 2016, así como el 2 y 26 de enero de 2017.

46. En la nota médica de la valoración del 12 de octubre de 2016 antes señalada, se constata que solicitó atención por cursar un embarazo de 16.4 semanas de gestación, asma y poliposis nasal, por lo que es posible comprobar que V1 cursaba con antecedentes de importancia como la cesárea previa por desproporción cefalopélvica y una enfermedad pulmonar (asma) que ameritaban manejo especializado. Con base en la *“Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con*

¹¹ Enfermedad que se caracteriza por una dificultad respiratoria variable, debida a una obstrucción de los bronquios, que puede resolverse de manera espontánea o mediante tratamiento. Todo ello es consecuencia de una reacción inflamatoria con disnea, sibilancias respiratorias y discrinia del llamado por Hansen «aparato asmático», en el cual las diversas estructuras mucosas, musculares, conjuntivas, vasculares, linfáticas y nerviosas reaccionan con sus propias peculiaridades, esto es, secretoras, edematosas, espásticas y vasodilatadoras, respectivamente. Como factor causal, juegan un papel primordial los fenómenos inmunopáticos. Diccionario Médico, Clínica Universitaria de Navarra.

¹² Es una enfermedad en la que el paciente presenta alergia a la aspirina y demás analgésicos derivados. Al tomar estos medicamentos se desencadenan crisis de asma y se obstruye la vía respiratoria alta (nariz). Otro componente de la enfermedad es la presencia de pólipos en la nariz. Clínica de IAPA, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. http://www.iner.salud.gob.mx/interna/subcir_orl_iapa.html

*Enfoque Riesgo*¹³, V1 cursaba con factores de riesgo porque requería de cuidado adicionales, así como manejo y tratamiento de una enfermedad pulmonar.

47. El 16 de febrero de 2017, V1 asistió nuevamente a cita de control prenatal con 36.5 semanas de embarazo, en la que fue valorada por MR1, quien en su nota médica reiteró su padecimiento pulmonar, por el que se consideraba un embarazo de riesgo. Además, estableció que ante la ausencia de signos de alarma, se esperaba la resolución del parto por vía vaginal. Al respecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional indicó que éste, fue un pronóstico precipitado y sin elementos, ya que no tomó en cuenta el antecedente de cesárea previa por desproporción cefalopélvica y no se encontró mención de que haya realizado la valoración de una pelvis adecuada para un parto.

48. El 23 de febrero de 2017, V1 fue valorada por AR1 con un embarazo de 37.6 semanas de gestación, presentando buen estado general. La citada médica mencionó que V1 se encontraba en adecuadas condiciones cervicales y se esperaba la resolución del embarazo vía vaginal. Al respecto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se reiteró que este pronóstico era precipitado y sin elementos, por el contrario, V1 contaba con un antecedente de cesárea previa por desproporción cefalopélvica, aunado a que aún no había iniciado el descenso del producto de la gestación por el canal de parto, que era un embarazo de riesgo y que no era posible estimar aún la vía de resolución del embarazo.

49. En las últimas dos sesiones de control prenatal, MR1 y AR1 estimaron que el embarazo podría terminar en parto vaginal, sin que señalen los elementos que les llevaron a esta conclusión, ya que no consideraron los antecedentes patológicos y obstétricos de V1 por la que se consideraba un embarazo de riesgo y sin que se encontraran evidencias de que hayan realizado una exploración física completa para determinar que su pelvis fuera adecuada para un parto vía vaginal.

¹³ Guía de práctica Clínica para el control prenatal con enfoque riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009, pág. 48.

A.4 Inadecuada atención médica de V1

50. El 5 de marzo de 2017, a las 14:05 horas V1 acudió al Instituto, donde fue atendida por un médico cuyo nombre no es posible identificar, debido a que la nota correspondiente carece del mismo. En esta valoración se estableció que presentaba un embarazo de 39.1 semanas de gestación, Síndrome de Samter y trabajo de parto en fase latente.

51. Al respecto es importante mencionar que V1 había iniciado el trabajo de parto y al tener antecedente de riesgo de cesárea previa por desproporción cefalopélvica, el médico que la atendió debió iniciar su monitorización cardiotocográfica continua con la finalidad de identificar y manejar una emergencia obstétrica, tal como lo establece la *“Guía de Práctica Clínica Parto después de Cesárea”* del Consejo de Salubridad General, lo cual no fue indicado en ese momento y fue dada de alta.

52. De acuerdo a la Opinión Médica del personal de esta Comisión Nacional, el no indicar la interrupción del embarazo en ese momento mediante una cesárea, implicaba que a V1 se le sometiera a una prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea, la cual conllevaba un mayor riesgo de ruptura uterina.

53. El 6 de marzo de 2017, a la 01:59 horas, habiendo transcurrido aproximadamente 12 horas de trabajo de parto en fase latente y de que acudió al Instituto, AR2 y MR2 valoraron a V1 y decidieron enviarla a la Unidad Tocológica para la conducción del parto y analgesia obstétrica, estableciéndose que se notificaría al servicio de anestesiología sobre el Síndrome de Samter que presentaba.

54. En tal valoración, no se encontró que AR2 y MR2 hayan documentado los antecedentes obstétricos de V1 sobre una cesárea previa por desproporción

cefalopélvica. Además, inobservaron la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, que en su punto 5.5.4, indica que al tacto vaginal se debe evaluar: “*presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas*”. Sin estas evaluaciones no es posible tener los elementos para determinar el tipo de resolución del embarazo por vía vaginal o mediante cesárea, lo anterior conforme a la “*Guía de Práctica Clínica de Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*”.

55. En el caso, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional estimó que era fundamental considerar la presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalopélvica, debido a que tales características fueron la causa de su cesárea anterior, sin que en ese momento fuesen considerados dichos antecedentes. Además de que no realizaron la valoración clínica completa a la paciente, lo que impidió que se percataran de que el producto de la gestación se encontraba en variedad de presentación transversa, que es un criterio que indica cesárea¹⁴ y contraindicación de conducción de trabajo de parto (administración de *oxitocina*), por lo que desde ese momento se pudo haber advertido que requería la interrupción del embarazo y evitar complicaciones maternas y fetales, como ruptura uterina y asfixia fetal.

56. En la misma fecha a las 03:14 horas, V1 fue valorada por MR3, MR4 y MR5 quienes reiteraron el diagnóstico antes descrito y establecieron que al tacto vaginal presentaba cérvix anterior con 5 centímetros de dilatación, producto libre, 70% de borramiento, de consistencia blanda, pelvis que impresionó ser útil, e índice de Bishop de 9 puntos, por lo que bajo dichos parámetros indicaron en la nota médica que V1 no contaba con contraindicación para la resolución de embarazo vía vaginal. No obstante, no verificaron la variedad de posición y descenso fetal, y a pesar de

¹⁴ Guía de práctica clínica para la reducción de frecuencia de Operación Cesárea, México, Secretaría de Salud, pág. 13.

esta falta, establecieron que V2 no había entrado en el canal de parto (sin encajamiento).

57. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, lo observado por MR3, MR5 y MR4 constituían parámetros inespecíficos e insuficientes para determinar en ese momento la vía de resolución de trabajo de parto, además de que no realizaron una valoración completa a V1, tomando decisiones sin dicha valoración.

58. No obstante, a pesar de esta falta de valoración, MR3, MR4 y MR5, determinaron el ingreso de V1 a la Unidad Toco Quirúrgica con trabajo de parto en fase latente, *“por presentar modificaciones cervicales y no contar con contra indicaciones para parto”* para conducción del trabajo de parto.

59. De acuerdo con lo establecido en el partograma (gráfica de los parámetros del parto)¹⁵, la conducción del trabajo de parto de V1 se inició a las 02:20 horas del 6 de marzo de 2017, y se administró a V1 *oxitocina* para este efecto. Al respecto, la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional describió que esta prescripción estaba contraindicada, ya que no se había determinado de forma clínica y específica la variedad de posición, grado de encajamiento fetal y proporción cefalopélvica, lo que incrementó el riesgo de ruptura uterina y asfixia fetal.

60. En la misma fecha, a las 06:09 horas, MR3 y MR5 valoraron a V1 y entre los hallazgos de la revisión encontraron que tenía 10 centímetros de dilatación, producto de la gestación en el canal de parto y 100% de borramiento, indicando la continuación de la conducción del trabajo de parto con 2.5 unidades de *oxitocina* en 2 centímetros cúbicos de solución glucosada al 5%, hasta alcanzar contracciones uterinas regulares.

¹⁵ Diccionario de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, 2001, p. 945.

61. Sobre lo anterior, no se encontraron evidencias en la nota médica que indicara la parte fetal de presentación y su estación o plano de descenso, incumpliendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, que en su punto 5.5.11 dispone que “[e]l registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias¹⁶ o distocias¹⁷”.

62. En la nota de la citada revisión se describió el diámetro de dilatación en centímetros y el porcentaje de borramiento del cérvix, pero no se estableció la parte fetal de presentación y la altura de misma en relación con el nivel de descenso de V2, lo que conforme al criterio de la médica de esta Comisión Nacional, era relevante para la elección del tratamiento idóneo de V1, y en su caso documentar si los factores como la desproporción cefalopélvica y mal posiciones menores hacían necesaria la realización de una cesárea. Sin embargo, la valoración incompleta de MR3 y MR5, no permitió advertir un descenso prolongado fetal y sus complicaciones.

63. A las 06:57 horas del mismo 06 de marzo, MR6 y MR7 dieron seguimiento al estado de V1, quien tenía signos vitales dentro de parámetros normales, y sobre la posición de V2 encontraron el dorso fetal derecho en situación longitudinal y encajado. Además, reportaron que al tacto vaginal V1 tenía borramiento y dilatación completos y membranas rotas desde las 03:05 horas.

¹⁶ Eutocia: *Presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.* Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, punto 3.16.

¹⁷ Distocia: *Complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requiere maniobras especiales.* Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, punto 3.13.

64. Asimismo, se estableció que se encontraba en periodo de expulsión con antecedente de cesárea previa hace 5 años y que presentaba alto riesgo de hemorragia y ruptura uterina. De lo anterior, es posible destacar que fue hasta ese momento cuando se determinó tomar precauciones por las posibles complicaciones de alto riesgo de V1, ya que no fueron advertidas durante la exploración vaginal incompleta que se había realizado.

65. En este momento MR6 y MR7 realizaron tacto vaginal a V1, encontrando borramiento y dilatación cervical completos, con un tono uterino normal, producto con presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal normal, altura de presentación encajada y con 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

66. Sobre este aspecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, estableció que si bien MR6 y MR7 describieron el grado de encajamiento de la cabeza fetal, no documentaron su variedad de posición como lo señala la citada Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 en su punto 5.5.4, a fin de corroborar si podía continuar con la prueba de trabajo de parto sin complicaciones o debía interrumpirse el embarazo vía cesárea, inadvirtiéndole que el producto de la gestación se encontraba en presentación transversa.

67. Además, MR6 y MR7 mencionaron haberla encontrado con 5 contracciones uterinas en 10 minutos, las cuales de acuerdo al partograma y las indicaciones, estaban inducidas con *oxitocina*, incumpliendo con la “*Guía De Práctica Clínica Parto después de una cesárea*”, que recomienda que la dosis de infusión de *oxitocina* debe ser la mínima requerida para alcanzar de 3 a 4 contracciones en 10 minutos y no rebasar de 4 contracciones, por el riesgo de ruptura uterina. Condición que pasaron inadvertida, indicando que debía continuar con la conducción del trabajo de parto, sin considerar que la actividad uterina era de mayor frecuencia y podía estar relacionada con el uso excesivo de *oxitocina*, desproporción céfalopélvica o mal presentación fetal, factores que como se ha mencionado, eran indicaciones absolutas para realizar una cesárea.

68. MR6 y MR7 solicitaron el consentimiento informado de V1 para parto instrumentado, mismo que fue firmado y forma parte del expediente clínico. El parto instrumentado o quirúrgico es el procedimiento obstétrico en el cual se toman medidas activas para lograr el parto, empleado instrumentos como fórceps obstétricos.

69. El fórceps obstétrico es un instrumento consistente en dos partes correspondientes que se articulan, está diseñado para ayudar a que nazca la cabeza del feto, y sólo se utiliza para acelerar el parto o corregir ciertas anomalías en la relación céfalo-pélvica. Las funciones principales del fórceps son la tracción y la rotación sin desproporción, cuando la cabeza presente un diámetro desfavorable¹⁸.

70. Sobre la realización de parto instrumentado, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional destacó que si bien es cierto que el 6 de marzo de 2017, V1 firmó el consentimiento informado para la autorización de procedimientos médico quirúrgicos y la resolución de su embarazo por esta vía, son los criterios médicos los que determinan si el procedimiento debe ser o no realizado, ponderando siempre el mayor beneficio frente al riesgo de la intervención.

71. Como se ha mencionado, V1 contaba con el antecedente de cesárea previa por desproporción cefalopélvica y durante la conducción de la prueba de trabajo de parto no fue valorada de forma completa para descartar que contara con criterios de cesárea, se expuso a una prueba de trabajo de parto y a un parto instrumentado para los que no contaba con indicaciones.

72. Es así que a las 09:40 horas de esa fecha, AR3 y AR4 ingresaron a V1 a sala para la atención de parto instrumentado y se le aplicó anestesia por vía epidural.

¹⁸ DeCherney A. H., Pernoll M. L., *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, El Manual Moderno; Octava Edición.2003. (pag. 683-686).

Reportaron que previamente a la colocación de fórceps, observaron sangrado transvaginal oscuro en cantidad moderada e identificaron pérdida de la presentación, por lo que sospecharon de ruptura uterina. A pesar de ello, colocaron fórceps para terminar con el embarazo, sin que esto sucediera, por lo que decidieron la interrupción vía cesárea.

73. De lo anterior se confirma que AR3 y AR4 determinaron que V2 estaba en variedad de posición *occipito transversa derecha* (mal presentación fetal que se relaciona con alteraciones pélvicas), y que por diversas razones la cabeza fetal penetraba pero no giraba espontáneamente en la pelvis, confirmando una mala evolución del parto, situación en la cual la “*Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*”, considera que la inducción de parto está contraindicada, y que es una indicación absoluta para realizar cesárea.

74. De la recapitulación sobre el descenso del feto por el canal del parto, según lo descrito por AR3 y AR4 se observa que:

- 1) A las 03:14 horas V2 no había entrado en el canal del parto;
- 2) A las 06:09 estaba en el canal de parto (encajado), sin que determinara su nivel de descenso en dicho canal;
- 3) A las 07:49 estaba a una estación del periné (vagina), que con alto grado de probabilidad, se debió a una deformación temporal del cráneo fetal o inflación de los tejidos del cráneo fetal que indicaron un falso descenso; y
- 4) A las 09:40 horas estaba por arriba o sin descenso por aproximadamente dos horas, lo que corresponde a un paro de descenso, el cual está relacionado con desproporción céfalo-pélvica y mal posición fetal, en este caso con la mal posición occipito transversa de V2 que no fue advertida desde el inicio del trabajo de parto.

75. Lo descrito por AR3 y AR4, se contrapone con lo asentado por SP2 en la hoja de paciente quirúrgico preoperatorio del servicio de enfermería, en la que narró lo siguiente:

“09:05 Ingresa, consciente, nerviosa a expulsión I (sic) se coloca en posición de litotomía, asepsia, sonda vesical (+),

09:20 antisepsia. Inicia procedimiento con colocación de Fórceps Kielland. 4 intentos por Transverso persistente los cuales fueron fallidos, deciden realizar

09:25 cesárea; pasan dosis de anestesia por catéter peridural, asepsia, cateterismo vesical (+), antisepsia con 10 gotas raytex, 10 compresas e instrumental completo

09:47 Inicia cirugía con incisión suprepuvica realizan abducción hasta cavidad abdominal, observando ruptura

09:51 uterina y lesión vesical. Extraen producto único deprimido pélvico...

09:52 reparan útero, con previa revisión de cavidad uterina...”.

76. Ello da cuenta que lo reportado por AR3 y AR4 se contradice con lo indicado por SP2 en cuanto al número de intentos de uso de fórceps, y el orden con el que se usaron los fórceps y se observó el sangrado que sugería ruptura uterina. Así, mientras AR3 y AR4 indicaron que el sangrado de V1 y la pérdida de la presentación del producto fueron observados de forma previa al intento de colocación de fórceps, SP2 indicó que de forma posterior a los cuatro intentos de aplicación de los fórceps en V1, esta fue sometida a una cesárea donde se realizó el hallazgo de ruptura uterina y lesión vesical.

77. De lo anterior, la Opinión Médica de la Comisión Nacional concluyó que el paro de descenso y la mala posición fetal *occipito transversa derecha*, no eran

condiciones para el uso de fórceps, sin embargo, éste fue aplicado en cuatro ocasiones, que resultaron fallidas porque V1 contaba con contraindicaciones, por lo que resultaron fallidas. Además, la intervinieron antes del máximo descenso fetal y ejercieron tracción excesiva en presencia de desproporción cefalopélvica lo que llevó a complicaciones graves maternas y fetales, como los fueron la ruptura uterina con riesgo de hemorragia y lesión de vejiga de V1 y asfixia fetal de V2, que ponen en peligro la vida del binomio, como se analizará a continuación.

78. El mismo 06 de marzo de 2017, AR3 y AR4 determinaron que V1 cursaba con los diagnósticos preoperatorios de dos embarazos, una cesárea, embarazo de 39.1 semanas, Síndrome de Samter y probable ruptura uterina. Debido a ello y considerando los 4 intentos fallidos de uso de fórceps, indicaron realizar una cesárea urgente a V1, con anestesia regional a cargo de AR3, quien llevó a cabo el citado acto quirúrgico advirtiendo ruptura uterina y lesión de la vejiga.

79. A las 10:36 horas, MR8 reportó haber atendido a V1 y detectó que presentaba una herida en la vejiga de 8 centímetros, situación que, de acuerdo con la Opinión de la Médica de esta Comisión Nacional, ocurrió por la presión ejercida sobre la vejiga durante el parto instrumentado, derivado del uso de fórceps, el cual fue traumático y estaba contraindicado. Al respecto, se menciona que MR8 realizó la reparación de la herida.

80. A las 12:37, dos horas después, AR3 y AR4 describieron haber encontrado durante la realización de la cesárea una ruptura uterina *“con feto libre en cavidad abdominal”*. Sobre este particular, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional destacó que la *“Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención”*, menciona que existe evidencia de que el 60% de los casos de encefalopatía hipóxico isquémica neonatal¹⁹ son

¹⁹ La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica la define como la lesión producida al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia ocurridos en un recién nacido con edad gestacional ≥ 35 semanas, la cual no puede ser explicada por otra causa. La asfixia puede ocurrir

debido a ruptura uterina, riesgo al que se expuso a V2, como se ha mencionado en múltiples ocasiones, por el uso contraindicado de *oxitocina* y de fórceps a V1.

81. En este sentido, V1 contaba con criterios de cesárea previa desde su ingreso y fue sometida a una prueba de trabajo de parto innecesaria, lo que provocó que presentara la complicación de ruptura uterina, además del uso de fórceps contraindicado, e incrementando el riesgo de hipoxia fetal secundaria a la ruptura uterina, que sí se presentó en V2.

82. Una vez que se extrajo a V2, se realizó el cierre del útero y la vejiga a V1. Ésta última presentó signos normales y cursó un puerperio sin mayores complicaciones a las ya presentadas durante el parto, lo que ameritó que continuara en hospitalización y vigilancia, con el uso de una sonda vesical, bajo valoración y manejo por el servicio de uroginecología.

83. El 9 de marzo de 2017 fue valorada por SP4 del servicio de Psicología, quien determinó haberla encontrado con manifestaciones emocionales de tipo depresivas reactivas al procedimiento quirúrgico (innecesario y contraindicado), y a la condición y pronóstico médico de la recién nacida, resolviendo que le darían seguimiento durante su hospitalización y a su egreso.

84. El día 9 de marzo de 2017 a las 7:15 horas, se indicó el alta hospitalaria de V1 después de tres días de estancia. Posteriormente, acudió a consultas de seguimiento de uroginecología y obstetricia los días 13, 22, 29 de marzo y 4 de abril, todos de 2017, sin que se le diagnosticaran complicaciones con motivo de los eventos descritos.

antes, durante y después del nacimiento, se manifiesta principalmente con dificultad para iniciar o mantener la respiración, alteraciones del estado de conciencia, convulsiones, depresión del tono muscular y disminución de reflejos.

85. No obstante, es importante mencionar -como ya se ha acreditado-, V1 cursó con ruptura uterina y lesión en la vejiga, por haber sido sometida a una prueba de trabajo y un parto instrumentado, ambos contraindicados. Aunado a ello, V1 contaba con criterios para interrupción del embarazo vía cesárea, y por la falta de una valoración clínica completa, se le provocaron las mencionadas, las cuales fueron atendidas oportunamente, pero con un daño inherente e irreversible, además de las complicaciones física y psicológicas que ameritan tratamiento especializado que pudo prevenirse.

86. En conclusión, es posible confirmar, que V1 presentó complicaciones graves como ruptura uterina y lesión vesical que fueron el resultado secundario al uso de fórceps, además de la aplicación continua e innecesaria de *oxitocina* por más de seis horas desde su ingreso a hospitalización, sumado a los factores de riesgo como una cesárea previa por desproporción céfalo-pélvica, mal presentación fetal y paro de descenso fetal, factores que no fueron advertidos oportunamente y que debieron ser detectados y valorados.

A.5 Inadecuada atención médica en agravio de V2

87. A las 09:51 horas del día 6 de marzo de 2017, se obtuvo de la cesárea a V2, con un peso de 3,385 gramos, talla de 51 centímetros, adecuados para su edad gestacional, con calificación de Apgar²⁰ de 1-4-7, Silverman no valorable, edad fetal estimada por su desarrollo de 39 semanas, acorde a su edad gestacional y fue enviada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para su atención.

²⁰ Apgar: Índice que permite valorar el estado del recién nacido a los cinco y a los diez minutos después del parto. El ideal es un índice de Apgar con 8-9-10 puntos; con menos de 7, se puede afirmar que se trata de un recién nacido deprimido. Diccionario Médico de la Universidad de Navarra.

88. Con relación a la calificación obtenida por V2 en la prueba Apgar, que es el método rápido para evaluar el estado clínico del recién nacido, cabe precisar que la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal”*, menciona que a menor puntuación de Apgar, mayor mortalidad durante los primeros 28 días de vida y el riesgo de muerte neonatal es mayor con un puntaje de 0 a 3 a los 5 minutos de haber nacido. Además, se asocia con alteraciones neurológicas en el periodo perinatal por lo que debe ser causa de alerta para determinar la certeza de asfixia.

89. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, señala que la valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida y de acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera: 1) Sin depresión: 7 a 10 puntos; 2) Depresión moderada: 4 a 6 puntos; 3) Depresión severa: 3 puntos o menos.

90. En el caso de V2, al tener un puntaje de Apgar de 4 a los 5 minutos de vida, era posible determinar que ésta cursó con depresión moderada y asfixia, condición que es grave e inestable, por lo que ameritó manejo especializado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

91. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el padecimiento de asfixia que presentó V2 estuvo directamente asociado a los factores de riesgo obstétricos de V1 que fueron analizados, tales como incompatibilidad céfalopélvica, uso de *oxitocina*, presentación fetal anormal, parto instrumentado con ruptura uterina y cesárea, los cuales, como ya se ha mencionado, no fueron prevenidos, advertidos ni corregidos oportunamente, con el consecuente daño fetal.

92. Además, se le realizó el estudio Silverman, con resultado no valorable. Este estudio evalúa los signos clínicos útiles para el diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), el cual no fue posible determinar en V2 por que no respiró al nacer.

93. Por otro lado, la gasometría inicial realizada a V2, reportó parámetros que se encontraron dentro del límite normal, pero fue diagnosticada clínicamente deprimida y con daño sistémico que ameritó tratamiento especializado.

94. De la hoja de estimación de edad gestacional de V2 elaborada por SP3, se observó que presentó *suturas coronales imbricada*²¹, denotando únicamente que la cabeza fetal permaneció en el canal del parto con la suficiente presión para su deformación temporal.

95. Asimismo, presentó edema del cuero cabelludo de 3 por 2 centímetros²², lesión eritematosa²³ en la regiones frontal izquierda y malar²⁴, como consecuencia de la instrumentación, mismas que con alto grado de probabilidad correspondían a excoriaciones o equimosis como producto de presión y fricción por el uso de fórceps.

96. La Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional expresó que estas lesiones son compatibles con trauma obstétrico durante el trabajo de parto, así como por las maniobras necesarias para su atención. Su causa se debe generalmente a las deficiencias en la vigilancia prenatal, obstétricas, un recién nacido significativamente más grande que el promedio (macrosomía), prematuridad,

²¹ Superposición de los huesos que forman la sutura (unión) coronal (hueso frontal con ambos huesos parietales), también es conocido como moldeamiento del cráneo que se presenta en diferentes grados en prácticamente todos los partos obtenidos en presentación cefálica debido a los cambios de adaptación que sufren los huesos del cráneo del producto durante su paso por el canal de parto, generalmente no requiere tratamiento y desaparece en dos o tres días, dependiente de su magnitud la cual no fue descrita en este caso...- Games E. J., Palacios T., J., Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, Sexta Edición. 2003. Pág. 214.

²² El *caput succedaneum* es el edema del cuero cabelludo, lesión obstétrica más frecuente, que se produce por compromiso del retorno venoso de la parte presentada, al comprimirse en forma prolongada contra el cérvix u otros tejidos de la pelvis materna. El edema generalmente es blando, se presenta desde el nacimiento puede acompañarse de pequeñas hemorragias capilares, sus bordes no son bien definidos y ocupa el área de más de un hueso, abarcando la zona de una sutura. No requiere tratamiento específico y generalmente se auto limita de 24 a 72 horas. Games E. J., Palacios T., J., Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, Sexta Edición. 2003. Pág. 213

²³ Enrojecimiento inflamatorio de la piel. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Diccionario de Medicina, Editorial ESPASA, 2001. Pág. 442

²⁴ Región facial ubicada entre la mandíbula, la mejilla y la nariz. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Diccionario de Medicina, Editorial ESPASA, 2001. Pág. 771

desproporciones feto pélvicas, el trabajo de parto prolongado y presentaciones anormales.

97. En consecuencia, se concluyó que por las lesiones que presentó V2 y las causas de éstas, se confirma que fue expuesta a una prueba de trabajo de parto contraindicada debido a que estaba en mal presentación fetal por una desproporción cefalopélvica que no fue advertida, ya que desde su ingreso contaba con criterios absolutos para cesárea.

98. El día de su nacimiento, V2 egresó de su primera atención del servicio de pediatría con diagnóstico de recién nacida de término de 39.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación y peso adecuado para la edad gestacional.

99. Sin embargo, también se detectó que presentaba encefalopatía hipóxica isquémica moderada. Sobre ello, la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxica-Isquémica”*, menciona que las causas principales de mortalidad en los recién nacidos son: el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, infecciones, asfixia y traumatismos durante el parto, lo que ocurrió en el presente caso.

100. V2 permaneció en seguimiento médico durante 23 días posteriores a su nacimiento, siendo atendida por haber cursado con los diagnósticos de recién nacida de término de 39.3 semanas de gestación estimada por su desarrollo corporal, hipertensión arterial pulmonar, persistencia del conducto arterioso, síndrome convulsivo, hemorragia de plexos coroides bilateral Grado I, asfixia perinatal, encefalopatía hipóxica isquémica moderada y peso adecuado para la edad gestacional, las cuales fueron generadas por el inadecuado manejo, vigilancia y tratamiento del trabajo de parto.

101. Es importante mencionar que como parte del tratamiento de V2, a partir del día 14 de marzo de 2017, se estableció que requería ser valorada por personal médico

de interconsulta por el servicio de Estimulación Temprana. Asimismo, durante los días 15, 16, 17 18, 21, 23, 24, 26, 27 y hasta el día de su alta el 29 del mismo mes y año, tanto su servicio tratante y el de Neurología, reiteraron la necesidad de V2 de ser valorada por el servicio de Estimulación Temprana, sin que exista evidencia de que esto se haya realizado durante su estancia hospitalaria en el Instituto.

102. Sobre ello, la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la encefalopatía hipóxico-isquémica”* menciona que el pronóstico de este padecimiento inicialmente depende de la gravedad de la lesión y de la edad gestacional del recién nacido, y no hay una única prueba que pueda predecir con certeza el pronóstico neurológico en los recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica, por lo que se recomienda que todos los casos con encefalopatía moderada y grave sean enviados a servicios de estimulación temprana y rehabilitación, independientemente de las secuelas específicas con que cursen. Por tanto, se concluye que al no realizarse la citada valoración del estado de V2 por el servicio de Estimulación Temprana y Rehabilitación, se le privó de una atención médica integral y completa que permitiera el seguimiento inmediato de su padecimiento.

103. El 29 de marzo de 2017, se autorizó el egreso de V2 con diagnóstico de asfisia perinatal, encefalopatía hipóxico isquémica moderada, síndrome convulsivo, daños neurológicos severos e irreversibles que podrían provocar discapacidad.

104. El mismo día, previo a su egreso, fue valorada por el servicio de Neurología, donde se detectó que aún continuaban los datos de alarma neurológica, por lo que se consideró que contaba con alto riesgo para su desarrollo y requería de estimulación temprana intensiva.

105. Asimismo, se prescribió que debía continuar el manejo anticonvulsivo con *levetiracetam* y *fenitoina*, a través de seguimiento por consulta externa. Se le indicó cita al servicio de pediatría en 48 horas, con tratamiento anticonvulsivante y acudir

al Instituto en caso de datos de alarma, así como consulta externa de Neurología y Cardiología.

106. De los diagnósticos a V2, es posible determinar que fue expuesta a un parto traumático innecesario, durante el cual se presentó a un evento de disminución del flujo sanguíneo cerebral que le originó el deficiente aporte de oxígeno al cerebro fetal (asfixia) y le generó un daño neurológico irreversible cuyas secuelas pudieron preverse con una atención médica adecuada de V1 durante el trabajo de parto.

107. En conclusión, V2 llegó al final de su etapa gestacional sin complicaciones, pero se expuso a una prueba de trabajo de parto innecesaria y un parto instrumentado sin condiciones para el mismo, procesos que fueron la causa de las lesiones y asfixia fetal (restricción de oxígeno que le provocó encefalopatía hipóxica isquémica y daño neurológico irreversible que motivó el cuadro epiléptico que presenta) para el cual requiere tratamiento farmacológico, neuro-estimulación y manejo especializado.

108. Finalmente, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional estableció que la encefalopatía hipóxica isquémica, es la causa principal de parálisis cerebral infantil, alteraciones neurológicas, cognitivas y de conducta, de las que V2 no está exenta y su pronóstico estará relacionado con el curso de su padecimiento y manejo.

109. En cuanto al seguimiento posterior al alta hospitalaria de V2, sobre las patologías que le fueron diagnosticadas, se observó que fue valorada por primera vez en el Servicio de Estimulación Neuromotora el día 20 de abril de 2017 a las 12:44 horas, por presentar secuelas neurológicas consistentes en leve arqueo del cuello y desviación de la mirada hacia arriba, secundarias al evento hipóxico-isquémico al que se expuso a su nacimiento.

110. La valoración más reciente por parte del mencionado Servicio de Estimulación se llevó a cabo el 05 de marzo de 2018 a las 10:03 horas, donde se le encontró con

un año de edad, desarrollo psicomotor normal, realizando gateo y poniéndose de pie con ayuda, determinando valoración de neuroconducta normal. Al respecto la Opinión Médica de este Organismo Nacional destacó que la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la encefalopatía hipóxico-isquémica”*, menciona que existe evidencia de que hasta el 15% de los recién nacidos sobrevivientes a encefalopatía hipóxico-isquémica moderada y grave, aún sin anormalidades aparentes al egreso, pueden desarrollar parálisis cerebral que se hará evidente entre el año y la edad escolar, por lo que está indicado el seguimiento pediátrico. Con base en lo anterior, se concluye que a pesar de que en ese momento se describió con una valoración de neuro-conducta normal, V2 no está exenta de complicaciones, por lo que amerita seguimiento multidisciplinario por los servicios de Pediatría, Neurología, Oftalmología, Estimulación Neuromotora y demás que amerite de acuerdo con su evolución.

A.6 Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el Instituto.

111. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“[...]comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*²⁵.

112. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, prevé que *“[...] es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones,*

²⁵ Observación General 14, ibídem, párr. 12, inciso b, fracción IV

en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.”²⁶

113. En la Recomendación General 29 *Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*, esta Comisión Nacional consideró que “[l]a debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”²⁷.

114. Al respecto, este Organismo Nacional se ha pronunciado en múltiples ocasiones²⁸ sobre el incumplimiento de la citada NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, no describen el diagnóstico y tratamiento de forma completa, son ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

115. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *Del expediente clínico*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. En el mismo sentido, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

²⁶ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

²⁷ CNDH. Recomendación General 29, 31 de enero de 2017, párr. 35.

²⁸ Entre las más recientes 6/2017, 7/2017, 9/2017 y 30/2018.

116. Del análisis al expediente clínico de V1, en el Instituto este Organismo Nacional observó lo siguiente: en las notas elaboradas el 8 de noviembre 2016 a las 11:00, el 29 de diciembre 2016, el 2 de enero de 2017 y el 5 de marzo de 2017, todas sin registro de hora, el nombre del médico que suscribe es ilegible o no se asentó. Además, no se estableció el número de cédula profesional, por lo que se incumplió con los apartados 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, que establecen que las notas del expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

117. Lo anterior es de mencionarse ya que estas omisiones impidieron conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de V1, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud de V1 en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

B. Interés superior de la niñez.

118. Este Organismo Autónomo observa que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello, se considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de sus derechos, así como la importancia de esta temática en el ámbito internacionales materia de derechos humanos y desarrollo sostenible.

119. En el marco jurídico internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3, párrafo primero establece que “[e]n todas las *medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de*

bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Asimismo, en su preámbulo establece que el niño requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente.

120. El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “[...] garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño”²⁹, para lo cual resulta necesaria la adopción de “medidas especiales de protección”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños³⁰.

121. A nivel nacional, el principio de interés superior ha sido recogido por el referido artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y por la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

122. En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento³¹, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

²⁹ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 14*, párr. 4.

³⁰ Corte IDH. “Condición jurídica y derechos humanos del niño”. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

³¹ Comité de los Derechos del Niño. *Observación General 14* (2013) “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)” p.6; Tesis Constitucional Derechos de las niñas, niños y adolescentes. “El Interés Superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”, Semanario Judicial de la Federación 06 de enero de 2017 y CNDH, “El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial”, Folleto, 2017.

123. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte Interamericana) ha establecido que el interés superior de la niñez es un *“principio regulador de la normativa de los derechos del niño que se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades”*³².

128. De igual manera, la SCJN ha emitido diversas jurisprudencias relativas a ese principio entre las que destacan: *“Interés superior de la niñez. El artículo 4º. párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la infancia reconocidos en tratados internacionales”* (tesis constitucional)³³; *“Interés superior del niño. Función en el ámbito jurisdiccional”*³⁴ (jurisprudencia constitucional); *“Interés Superior del menor. el ejercicio del derecho de los menores de edad a participar en los procedimientos que afecten su esfera jurídica involucra una valoración de parte del Juez”*³⁵ (jurisprudencia constitucional y civil), e *“Interés superior del menor como elemento de interpretación en el ámbito jurisdiccional”*³⁶ (tesis constitucional), que abordan el origen y pertinente de este principio, y la obligación de las autoridades de aplicarlo en los casos donde se encuentren involucrados niños y niñas.

130. En el presente caso, la inadecuada atención del trabajo de parto de V1, así como la aplicación fallida del instrumento fórceps durante el nacimiento de V2, fueron indicadores del incumplimiento del deber que conmina a los agentes estatales responsables en el caso a vigilar en todo momento, el interés superior de

³² Corte IDH. “Caso Furlán y Familiares vs. Argentina”. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

³³ Semanario Judicial de la Federación, marzo de 2013. Registro 2003068.

³⁴ Semanario Judicial de la Federación, marzo 2014. Registro 2006011.

³⁵ Semanario Judicial de la Federación, mayo 2015, Registro. 2009010.

³⁶ Semanario Judicial de la Federación, febrero 2015. Registro 2008546.

la niñez de V2, lo que incidió en afectaciones físicas irreversibles en su agravio, tal y como se ha evidenciado en el presente pronunciamiento.

C. Derecho a la integridad personal de V1 y V2.

131. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) prevé en su artículo 5.1 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física. Desde el parámetro de la atención a la salud, se encuentra estrecha relación con este derecho en virtud de las obligaciones Estatales derivadas de la prestación de servicios médicos para la conservación y restablecimiento del estado óptimo de salud, en tanto que las irregularidades u omisiones del personal que interviene en el seguimiento médico de los pacientes puede derivar en una afectación física o psicológica en su agravio.

132. En la Recomendación 81/2017³⁷, este Organismo Nacional estableció el contenido de este derecho como “[...] *aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero*”.

133. El derecho a la integridad personal implica aquella legitimidad del individuo para preservar la totalidad de sus facultades físicas, psíquicas y morales. El pleno ejercicio de este derecho genera una obligación a cargo del Estado, de eliminar y prevenir todas aquellas prácticas que priven, vulneren o atenten contra la conservación de estas cualidades. La Corte Interamericana ha puntualizado que: “[l]a integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente

³⁷ CNDH, Recomendación 81/2017, párrafo 92.

vinculados con la atención de la salud humana”³⁸.

134. Además, ha sostenido que los Estados “[...] *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de [...] la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”.³⁹

135. En el presente caso, se confirmó que V1 fue sometida a prácticas inadecuadas, contraindicadas e innecesarias durante el trabajo de parto, mismas que le causaron graves afectaciones físicas como fueron la ruptura del útero y lesión en la vejiga. Asimismo, en el ámbito psicológico es pertinente considerar que desde el nacimiento de V2, V1 mostraba secuelas psicológicas por la atención y la preocupación del estado salud de su hija recién nacida, además es necesario considerar las cargas emocionales actuales y futuras que presenta derivadas de las secuelas neurológicas de V2, las cuales fueron generadas por la serie de omisiones y acciones violatorias a sus derechos humanos antes señalados. Aspectos que configuran violaciones al derecho a la integridad personal de V1 en ambos aspectos, tanto físico como psíquico.

136. En el caso de V2, esta Comisión Nacional advirtió que las omisiones en la resolución del parto de V1, así como el uso inadecuado de fórceps durante el nacimiento de V2, generaron lesiones diversas, asfixia neonatal y secuelas neurológicas derivadas de las irregularidades en su atención, las que constituyeron afectaciones importantes en su integridad personal, inicialmente de manera física y altamente probable que en un futuro incidirán en el aspecto psicológico durante su desarrollo de forma permanente, acreditándose de manera fehaciente la violación al derecho a la integridad personal en su agravio.

³⁸ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

³⁹ CrIDH Caso “Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

137. En suma, los hechos que dan lugar al presente pronunciamiento culminaron en una afectación física y psíquica para V1, así como daños físicos a V2, cuyos efectos se desconocen hasta el momento, debido a que se trata de una niña en su primera infancia en desarrollo, que aún recibe terapias para tratar los daños derivados de la inadecuada atención del parto de su madre, además tal y como lo manifestó V1 en diversas comunicaciones telefónicas, los eventos que derivaron en violaciones a sus derechos humanos condicionan posibles daños psicológicos en agravio de V2, por lo que, al existir una incidencia de personas servidoras públicas del Estado en éstos, se genera una obligación de reparación a su cargo, con motivo de las vulneraciones a su derecho a la integridad personal.

D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1.

138. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “[...] *la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; [b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas*”, y “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

139. La violencia obstétrica, es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

140. Tal y como se describe en párrafo anterior, en el presente caso, la conducción del trabajo de parto de V1 fue contraindicada, ya que se realizó sin que se valoraran sus parámetros y antecedentes clínicos y a pesar de no haberse realizado una valoración clínica completa a V1, se autorizó el citado procedimiento por MR2 y AR2.

141. Como se argumentó, era indispensable la adecuada valoración clínica de V1 para establecer la vía adecuada de resolución del trabajo de parto y evitar prácticas invasivas, como lo fue en este caso la conducción del trabajo de parto. Desde la valoración en las últimas 2 citas de control de prenatal, donde se señaló que podría realizarse un parto vía vaginal y determinación que probablemente fue tomada en cuenta durante la atención del parto. Lo anterior, aun cuando contaba con criterios absolutos para una cesárea, como el antecedente de desproporción cefalopélvica y resolución del primer embarazo por cesárea, se omitió el hecho de que era de riesgo debido al Síndrome Samter, además de que no se contó con evidencias de que realizaron una valoración física completa, mediante la cual hubiesen determinado que la pelvis era adecuada para un parto vaginal.

142. Agrava lo anterior, el hecho de que la aplicación de *oxitocina* para la citada conducción se prolongó durante 6 horas de manera inadecuada e innecesaria, uso que contribuyó a la ruptura uterina que presentó V1. Irregularidad que constituye una práctica de violencia obstétrica en agravio de V1.

143. Asimismo, como se ha documentado, el uso de fórceps que derivó en ruptura uterina y lesión de vejiga de V1, también pudo ser prevenido y fue constitutivo de violencia obstétrica, ya que ante las valoraciones inadecuadas durante el trabajo de parto, nunca se indicó que esta instrumentación estaba contraindicada y no era justificada, al existir condiciones y antecedentes médicos para determinar la resolución del parto de V1 mediante cesárea. Sin considerar lo anterior, se indujo el parto con *oxitocina*, sometiendo a V1 a los sufrimientos y afectaciones físicas que

han sido descritos ampliamente en párrafos anteriores.

144. Este Organismo Constitucional recuerda que en algunos casos la violencia obstétrica, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redunda en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

145. Este Organismo Nacional, en la Recomendación General 31/2017 “Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, advirtió que: “[e]n el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género[...]”⁴⁰; igualmente se sostuvo que: “[...] se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos”⁴¹.

146. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal médico del Instituto es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1,

⁴⁰ Párrafo 8.

⁴¹ Párrafo 91.

3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “*Convención de Belém Do Pará*”.

E. Responsabilidad.

147. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, MR1, AR1, AR2, MR3, MR5, MR6, MR7, AR3 y AR4 incurrieron en las siguientes conductas:

Autoridad	Fecha	Conductas y omisiones
MR1	16 de febrero de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • No se llevó a cabo la valoración física completa para determinar que cursara con una pelvis adecuada para un parto vaginal. • Señalaron sin elementos y criterios que la resolución del embarazo podría terminar por vía vaginal. • No consideraron antecedentes que establecían como embarazo de riesgo, como el Síndrome de Samter y una cesárea previa por desproporción cefalopélvica, elementos que señalaban que una mejor resolución del embarazo era una cesárea. • No se encontró evidencia de supervisión por parte de personal médico adscrito.
AR1	23 de febrero de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • No se llevó a cabo la valoración física completa para determinar que cursara con una pelvis adecuada para un parto vaginal. • Señalaron sin elementos y criterios que la resolución del embarazo podría terminar por vía vaginal. • No consideraron antecedentes que establecían como embarazo de riesgo, como el Síndrome de Samter y una cesárea previa por desproporción cefalopélvica; elementos que señalaban que una mejor resolución del embarazo era una cesárea.

AR2	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • No documentó los antecedentes obstétricos de V1 sobre una cesárea previa por desproporción cefalopélvica; • No consideró los criterios de embarazo de riesgo como la presencia de Síndrome de Samter. • No realizó una valoración completa para determinar la presentación fetal, que eran criterios para cesárea, sometiéndola a una prueba de trabajo de parto innecesaria.
MR3	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Omitió establecer en los antecedentes quirúrgicos de V1, la cesárea anterior que le fue practicada y que era un factor de riesgo importante para la prueba de trabajo de parto de V1. • A pesar de no contar con una valoración completa, determinó el ingreso de V1 a la Unidad Toco Quirúrgica; • Estableció sin elementos y de manera inadecuada que no existían contraindicaciones para la resolución del embarazo vía vaginal; • Determinó la conducción del trabajo de parto de V1 de manera inadecuada, existiendo criterios absolutos para realizarle una cesárea; • Incumplió lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que en su punto 5.5.11. • No se encontró evidencia de supervisión por parte de personal médico adscrito.
MR5	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Omitió establecer en los antecedentes quirúrgicos de V1, la cesárea anterior que le fue practicada y que era un factor de riesgo importante para la prueba de trabajo de parto de V1. • A pesar de no contar con una valoración completa, determinó el ingreso de V1 a la Unidad Toco Quirúrgica. • Estableció de manera prematura e inadecuada que no existían contraindicaciones para la resolución del embarazo vía vaginal. • Determinó la conducción del trabajo de parto de V1 de manera anticipada e inadecuada.

		<ul style="list-style-type: none"> • Incumplió lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que en su punto 5.5.11 • No se encontró evidencia de supervisión por parte de personal médico adscrito.
MR6	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • No documentó la variedad de posición fetal de V2 incumpliendo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en su punto 5.5.4, a fin de corroborar si podía continuar con la prueba de trabajo de parto sin complicaciones o debía interrumpirse el embarazo vía cesárea. • Indicó la continuación de la conducción de trabajo de parto a pesar de que V1 presentaba factores indicativos de cesárea. • No se encontró evidencia de supervisión por parte de personal médico adscrito.
MR7	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • No documentó la variedad de posición fetal de V2 incumpliendo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en su punto 5.5.4, a fin de corroborar si podía continuar con la prueba de trabajo de parto sin complicaciones o debía interrumpirse el embarazo vía cesárea. • Indicó la continuación de la conducción de trabajo de parto a pesar de que V1 presentaba factores indicativos de cesárea. • No se encontró evidencia de supervisión por parte de personal médico adscrito.
AR3	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Realizó parto instrumentado y aplicó fórceps a V1 sin que esta contara con indicaciones ni condiciones esenciales para ello, por el contrario, estaba contraindicado. • Intervino a V1 antes del máximo descenso fetal y ejerció tracción excesiva en presencia de desproporción cefalopélvica que causó la ruptura uterina y lesión de vejiga de V1 y asfixia fetal de V2, que le generó daño neuronal.

AR4	6 de marzo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Realizó parto instrumentado y aplicó fórceps a V1 sin que esta contara con indicaciones ni condiciones esenciales para ello. • Intervino a V1 antes del máximo descenso fetal y ejerció tracción excesiva en presencia de desproporción cefalopélvica que causó la ruptura uterina y lesión de vejiga de V1 y asfixia fetal de V2, que le generó daño neuronal.
-----	--------------------	--

E.1. Consideraciones sobre la responsabilidad del personal médico del Instituto

148. En el presente caso se advierte que con motivo de la atención del embarazo y parto de V1, existió intervención –en su mayoría- por parte de personas médicas residentes del Instituto, quienes cursaban distintos períodos del programa de residencia de la especialización en Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio. Por lo que es necesario realizar algunas consideraciones respecto a su participación y responsabilidad en las acciones y omisiones que dieron como resultado las afectaciones a la salud e integridad personal de V1 y V2.

149. La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *“Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, establece en su punto 9.3.1 que los profesores titulares y adjuntos⁴² tienen el deber de “[c]oordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente”.

150. Por su parte, de acuerdo al punto 10.5 de la mencionada normativa, los médicos residentes tienen el derecho a “[c]ontar permanentemente con la asesoría

⁴² La citada norma establece en sus puntos 4.5 y 4.6 que se entenderá como Profesor adjunto al “médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente”, y como Profesor titular al “médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente”.

de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias”, y de conformidad al punto 11.4, tienen el deber de “[p]articipar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes”.

151. De las constancias analizadas por este Organismo Nacional, se observó que las notas médicas que corresponden a los días 16 de febrero y 06 de marzo de 2017, y que describen la atención brindada principalmente a V1, no cuentan con la firma del personal adscrito encargado de supervisar la actividad de las personas médicas residentes que intervinieron en la atención médica, de manera que no es posible corroborar que hayan tenido supervisión por personal médico adscrito debidamente capacitado.

152. Es así que, en la nota médica de 16 de febrero de 2017 se reportó que V1 recibió atención médica por MR1 quien aparece en la constancia como el médico que elaboró dicha nota y también como médico supervisor. De igual manera, en la nota médica del 6 de marzo de 2017 a las 03:11 horas se advierte que MR3, MR4 y MR5 aparecen como médicas tratantes, registrándose a MR3 como médica que elaboró dicha nota, sin que se conste registro alguno del personal médico adscrito que supervisó las actividades de las residentes.

153. En la nota médica de las 06:09 horas de la misma fecha, MR3 aparece como médica que elaboró dicha nota, mientras que MR5 se registró como médica supervisora. Ello a pesar de que el cargo de esta última corresponde al de una médica residente cuyas actuaciones deben contar con la supervisión de personal médico adscrito. Dicha situación se repitió con otras médicas residentes a las 06:57 horas, cuando se hizo constar en una nota médica de atención a V1 que MR6 fungió como médica que elaboró la nota y MR7 como médica supervisora.

154. Atendiendo al caso particular, esta Comisión Nacional recuerda la importancia de la garantía del derecho a la protección a la salud y su concreción a través del otorgamiento de una adecuada atención médica por parte de personal médico capacitado y en ejercicio pleno de sus facultades. De ahí que sea objeto de preocupación para este Organismo Autónomo la falta de supervisión del actuar del personal médico residente por parte del personal médico supervisor, cuestión que constituye por sí misma una falta de garantía a la protección de la salud de las personas, en este caso V1 y V2.

155. Por lo anterior, se advierte que los actos y omisiones cometidas por el personal médico residente tienen su origen en el incumplimiento del deber del personal médico adscrito responsables de coordinar y supervisar las actividades de las personas médicas residentes, de acuerdo a la normativa mencionada anteriormente. Dicha situación deberá ser tomada en cuenta por la autoridad al momento de establecer responsabilidades, para efectos de que el personal médico adscrito asuma su deber de supervisión frente al actuar u omisión de los y las médicas residentes.

156. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4, así como el personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, así como a su integridad personal, al interés superior de la niñez y a una vida libre de violencia obstétrica de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

F. Reparación integral del daño.

157. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1 y V2, por las violaciones a sus derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

a) Daño al proyecto de vida de V1 y afectaciones para V2.

158. La Corte Interamericana se ha referido a aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”* ⁴³.

⁴³ CrIDH. “Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 149 y 150. Caso de los “Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala” Sentencia de 19 de noviembre 1999, (Fondo). Voto concurrente conjunto de los jueces A. A. Cançado Trindade y a. Abreu Burelli.

159. Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al “proyecto de vida”, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación.

160. La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2. De ahí que sea necesario analizar no únicamente la situación de V2 como principal afectada, sino también de V1 en su condición de madre de la niña.

161. Tal como ya ha sido analizado en el apartado anterior, esta Comisión Nacional advirtió omisiones en la resolución del parto de V1, que le causaron rompimiento uterino y lesión en la vejiga, así como el uso inadecuado de fórceps durante el nacimiento e inadecuada atención médica de V2, quien presentó asfixia neonatal y sufre hasta el momento secuelas neurológicas derivadas de las irregularidades en su atención.

162. Lo anterior, ha generado afectaciones en su desarrollo, cuya duración y permanencia no es posible determinar actualmente debido a la edad en la que aún se encuentra V2, ya que podría presentar secuelas aún en la edad escolar, sin embargo resultan determinantes para su acceso a un ciclo vital en condiciones normales como cualquier persona en el primer año de vida, lo que hace necesario un seguimiento médico y psicológico completo y estrecho durante las diversas etapas de su desarrollo para una reparación integral del daño. Lo anterior, implica entonces una afectación en su proyecto de vida futuro.

163. Además, las secuelas en el estado físico de V2 y daños subsecuentes que puedan generarse en la salud de V1 por los hechos acontecidos, son motivo de

afectación emocional y psicológica para estas víctimas. A lo que se le debe sumar las implicaciones que ello conlleva en el cuidado que requiere V1, así como para las expectativas y proyectos de vida de V1 y V2.

164. Esta Comisión Nacional observa las afectaciones provocadas por lo sucedido en este caso para V1, tomando en cuenta que es ella quien se encarga de la atención y cuidado maternal de V2, y quien formará parte activa de la nueva ruta de desarrollo físico, emocional y psicológico de su hija para que pueda vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida.

165. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente en la reparación, objeto de esta Recomendación, para poder otorgar una reparación integral que considere cada una de las aristas que deben ser objeto de reparación en el caso de V1 y V2, y puedan emprender nuevos proyectos y nuevas oportunidades de desarrollo y realización personal.

b) Medidas de rehabilitación.

166. Debido a los efectos presentes y futuros derivados de la inadecuada atención médica durante la resolución del embarazo de V1 que le causo rompimiento uterino y lesión en la vejiga, el nacimiento y posterior seguimiento médico de V2, considerando las secuelas neurológicas sufridas y la afectación que las mismas representan para la vida de V1, esta Comisión Nacional determina que: 1) se deberá proporcionar a V1 y V2 la atención médica especializada que requieran, con carácter vitalicio, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá prever y garantizar el o los tratamientos necesarios, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, como consecuencia de los daños sufridos; 2) en el caso de que así lo requiera V1, se le brinde el acceso a servicios gratuitos de guardería y cuidado acordes a las necesidades particulares

en favor de V2; y 3) se garantice el acceso de V2 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo -emprendimiento y conclusión de estudios-, así como de sus capacidades física, mental, cognitiva, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional.

167. Se deberá proporcionar a V1 la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

168. La atención deberá brindarse a V1 y V2 gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

c) Medidas de satisfacción.

169. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V2, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

170. Además, deberá incorporarse copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

d) Garantías de no repetición.

171. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda que en un plazo de 6 meses se diseñen e impartan en el Instituto los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez y personas con discapacidad; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación; y c) sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento.

172. En un plazo de 2 meses, se emita una circular dirigida al personal médico del Instituto, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

e) Medidas de compensación (indemnización).

173. Al acreditarse las violaciones a derechos humanos antes descritas, la autoridad responsable deberá indemnizarlas, en términos de la Ley General de Víctimas.

174. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso, y; 2) Daño moral e

inmaterial. Respecto del daño inmaterial se puede “[...]comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”⁴⁴.

175. Se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados; 2) temporalidad; 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida); y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Director General las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que en el plazo de 6 meses, a partir de la notificación de la presente Recomendación, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se realice una reparación integral del daño conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya el pago de una compensación y/o indemnización, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

⁴⁴ Corte IDH. *Caso Bulacio Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr. 90.

SEGUNDA. Se inscriba a V1 y V2, en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas; y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá proporcionar: **1)** A V1 y V2 la atención médica especializada que requieran, con carácter vitalicio, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, necesidad consecuente de los daños sufridos; **2)** en el caso de que así lo requiera V1, se le brinde el acceso a servicios gratuitos de guardería y cuidado acordes a las necesidades particulares de V2; y **3)** se garantice el acceso de V2 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo -emprendimiento y conclusión de estudios-, así como de sus capacidades física, mental, cognitiva, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En cuanto a V1, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua, atendiendo a su edad y sus especificidades de género y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1,

MR3, MR5, MR6 y MR7, por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, para que haya constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan en el Instituto, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez y personas con discapacidad; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación y c) sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Instituto en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Se designe al o la servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente

Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

176. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

177. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

178. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

179. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ