



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

México

RECOMENDACIÓN No. 19 / 2015

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 Y V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA IV, NÚMERO 8, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ENSENADA, BAJA CALIFORNIA.
México, D. F., a 19 de junio de 2015

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL.

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 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; y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2013/2307/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas 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. La información solo se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 5 de marzo de 2013, aproximadamente a las 16:00 horas, V1 mujer de 28 años de edad, acudió al área de urgencias del Hospital General de Zona IV, No. 8 (Hospital General), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Ensenada, Baja California, por presentar dolores de parto, donde la canalizaron al área de tococirugía, a fin de esperar la llegada de AR1, para que autorizara el ingreso o retiro de la paciente de ese nosocomio.

4. Cuando llegó AR1, revisó a V1 e indicó que tenía 4 centímetros de dilatación, por lo que sugirió volviera a su domicilio y regresara en 4 horas para una nueva valoración, a pesar de que V1 informó que tenía contracciones. Después de 15 o 20 minutos de haber salido del hospital, V1 dio a luz a V2, en la vía pública, sin asistencia de personal médico, ni de enfermería y sin medidas de salubridad.

5. El 12 de marzo de 2013, V1 presentó queja en Ensenada ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, donde se inició el Expediente de Queja 1, que por razón de competencia, el 21 de ese mes y año, se recibió en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, donde se radicó el expediente CNDH/5/2013/2307/Q y, para su debida integración, se solicitó al IMSS información y copia del "Expediente Clínico" de V1 y V2, cuya valoración lógico jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

6. Queja del 12 de marzo de 2013, de V1 ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, por el que se radicó el Expediente de Queja 1.

7. Acuerdo de 13 de marzo de 2013, por el que la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, determinó que los hechos, motivo de la queja son de la competencia de esta Comisión Nacional.

8. Oficio PDH/OT/181/2013, de 19 de marzo de 2013, con el que la citada Procuraduría de los Derechos Humanos remitió el Expediente de Queja 1 a este Organismo Nacional.

9. Oficio 95217614621/319, de 30 de abril de 2013, por el que el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, rindió informe a esta Comisión Nacional y acompañó los siguientes documentos:

9.1. Oficio 20201200200/856/2013, de 17 de abril de 2013, suscrito por el Director del Hospital General, mediante el cual describió los antecedentes, diagnóstico y tratamiento otorgados a V1.

9.2. Constancias del “Expediente Clínico” de V1 y V2, de las que destacan:

9.2.1. “Historia Clínica Obstétrica” de 5 de marzo de 2013, suscrita por AR1.

9.2.2. “Notas Médicas y Prescripción” de 5 de marzo de 2013, signadas por AR1.

9.2.3. “Nota Posparto” de 5 de marzo de 2013, elaborada por AR1 y un médico interno de pregrado.

9.2.4. “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, de 5 de marzo de 2013.

9.2.5. “Vigilancia y Atención del Parto” (Partograma), de las 19:30 horas, de 5 de marzo de 2013, elaborado por AR1.

9.2.6. Certificado de Nacimiento de V2, de 5 de marzo de 2013.

10. Acta Circunstanciada de 31 de mayo de 2013, donde un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar la recepción de un escrito firmado por V1, donde informó que realizó diversos gastos con motivo de la inadecuada atención

médica de la que fue objeto, y aportando un disco compacto que contiene un video tomado por un periodista del Periódico 1, donde se observa que V2 nació en la calle.

11. Oficio 95217614621/948, de 21 de junio de 2013, mediante el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, amplió su información a esta Comisión Nacional y exhibió:

11.1. “Nota Médica y Prescripción” de 3 de junio de 2013, en la que consta la valoración que se practicó a V2, en el Hospital General.

11.2. Oficio sin número, de 4 de junio de 2013, suscrito por el Director y el Coordinador Clínico de Pediatría, ambos del Hospital General, donde informaron que el 3 de junio de 2013 se practicó una valoración médica a V2.

12. Oficio 95217614621/2136, de 9 de octubre de 2013, mediante el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, remitió a esta Comisión Nacional, el siguiente documento:

12.1. Oficio 95217614620/5102, de 20 de septiembre de 2013, firmado por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, con el cual se notificó a V1 que, la Comisión Bipartita de Atención a Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, resolvió procedente el Procedimiento Administrativo 1.

13. Entrevista a V1 de 9 de mayo de 2014, realizada por dos visitantes adjuntos de este Organismo Nacional.

14. Opinión Médica emitida el 23 de mayo de 2014, por un perito de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, en el Hospital General.

15. Entrevista de 4 de junio de 2014, en la que un perito de esta Comisión Nacional proporcionó apoyo psicológico a V1.

16. Opinión Psicológica de 7 de julio de 2014, suscrita por una perito de esta Comisión Nacional.

17. Actas Circunstanciadas de 8 de julio y 28 de agosto de 2014, relativa a las comunicaciones telefónicas en las que V1 informó que el video del nacimiento de V2 fue difundido en las redes sociales de *“Internet”*.

18. Oficio 95217614BB1/2224, de 29 de diciembre de 2014, por medio del cual el Jefe de Área de Atención de Asuntos Especiales, adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó, entre otras cosas, que desde junio de 2014 V1 fue dada de baja en el régimen obligatorio de ese Instituto.

19. Acta Circunstanciada de 26 de enero de 2015, en la que consta la llamada telefónica que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, realizó al Área de Auditoría de Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, Delegación Mexicali, Baja California, donde le informaron que la Queja Administrativa 1 sigue en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. El 5 de marzo de 2013, aproximadamente a las 16:00 horas, V1 mujer de 28 años de edad, presentó dolores de parto, por lo que acudió al área de urgencias del Hospital General, donde la canalizaron al área de tococirugía, a fin de esperar la llegada de AR1 para que decidiera sobre su ingreso. AR1, según el dicho de V1, al revisarla indicó que tenía 4 centímetros de dilatación, por lo que sugirió volviera a su domicilio y regresara a una nueva valoración en 4 horas. Trascurridos 15 a 20

minutos después de haber salido del aludido nosocomio, V1 dio a luz a V2, en la vía pública sin la asistencia de personal médico, ni de enfermería y sin medidas de salubridad.

21. El 12 de marzo de 2013, V1 presentó queja ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, dando inicio al Expediente de Queja 1, que por razón de competencia, el 21 de ese mes y año, se recibió en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

22. El 22 de agosto de 2013, la Comisión Bipartita de Atención a Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, acordó precedente el Procedimiento Administrativo 1, y dio vista al Órgano Interno de Control de esa dependencia, donde se radicó la Queja Administrativa 1, misma que a la fecha no se ha resuelto.

IV. OBSERVACIONES.

23. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2013/2307/Q**, de conformidad con el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten probar trasgresiones a los derechos humanos a la protección de la salud materna, trato digno y derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1, y al derecho a la protección de la salud y trato digno en agravio de V2, atribuibles al personal médico del Hospital General Zona IV, No. 8, del IMSS en Ensenada, Baja California, en razón de las siguientes consideraciones:

24. V1 refirió en su escrito de queja, que el 5 de marzo de 2013, aproximadamente a las 16:00 horas, acudió al área de urgencias del Hospital General, con trabajo de parto, donde la canalizaron al área de tococirugía, a fin de esperar la llegada de AR1 para que diera la autorización de ingreso o retiro. Cuando AR1 llegó y revisó a V1, le diagnosticó 4 centímetros de dilatación e indicó que se fuera a su domicilio y regresara en 4 horas, a pesar de que V1 informó que tenía contracciones e insistirle que no se sentía bien, por lo que 15 a 20 minutos después de haber salido del

nosocomio, V1 dio a luz a V2 en la vía pública, sin asistencia de personal médico, ni de enfermería y sin medidas de salubridad.

25. Según se advierte de la “Historia Clínica Obstétrica” de 5 de marzo de 2013, AR1 asentó que V1 presentó: *“...3 contracciones c/10 min, 40 seg, cérvix dehiscente, 5 cm dilatación, 70% borramiento, membranas integra, sin salida de tapón mucoso... Diagnóstico: Embarazo de 39 semanas de gestación + TDPFA [Trabajo de parto en fase activa];* mientras que en la “Nota Médica y Prescripción” de la misma fecha, indicó: *“inicia con dolor abdominal hace 10 horas que ha ido en aumento... 3 contracciones c/10 min de 40 s, de duración. Al tacto cérvix dehiscente, con 5 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas integra con salida de moco y sangre no fétida. Embarazo de 39 semanas de gestación + TDPFL [Trabajo de parto en fase latente]; se envía con cita abierta a UTQx, con datos de alarma”.*

26. Al respecto, se obtuvo la “Opinión Médica” de 23 de mayo de 2014, suscrita por un perito adscrito a esta Comisión Nacional, quien en relación con la exploración física y diagnóstico otorgado por AR1, determinó que fue inadecuado, puesto que en la “Historia Clínica Obstétrica” referida, sin hora de suscripción, determinó el trabajo de parto en *“fase activa”*; mientras que en la “Nota Médica y Prescripción” de las 16:28 horas, de ese mismo día, refirió *“fase latente”*; situación que implicó una irregularidad en los diagnósticos que otorgó a la paciente, pues en caso de que V1 hubiera presentado trabajo de parto en *“fase activa”*, AR1 tenía el deber de ingresarla para su adecuada vigilancia y con ello atender oportunamente el parto; debió interrogarla para conocer si tuvo control prenatal, si se realizaron estudios de laboratorio o ultrasonidos previos de control, determinación de VDRL, VIH, profilaxis antitetánica o si se le administraron antianémicos; debió también ordenar estudios de gabinete que se consideraban necesarios para descartar alguna patología obstétrica; incumpliendo los numerales 5.4, 5.4.1.1, 5.4.1.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. “*Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*”, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 5 de enero de 1995.

27. Asimismo, en la “Nota Médica y Prescripción” de las 16:28 horas, de 5 de marzo de 2013, se desprende que AR1, después de valorar a V1, la envió con cita abierta a urgencias de tococirugía con datos de alarma y, según el dicho de V1, la envió a su domicilio con revaloración en 4 horas; situación que en la opinión médica emitida por un perito de esta Comisión Nacional, determinó que fue inadecuada, pues de acuerdo a los parámetros reportados en esa exploración física, tales como: abdomen globoso, a expensas de útero gestante de 39 semanas de gestación, al tacto cérvix dehiscente con 5 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas integrales, con salida de moco y sangre no fétida; V1 se encontraba cursando “fase activa” de trabajo de parto, por lo que AR1 debió hospitalizarla en ese momento para su adecuada atención y vigilancia; ya que la Guía de Práctica Clínica “Para la Vigilancia y Manejo de Trabajo de Parto”, publicada en 2009 por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 052-08, refiere que las pacientes deben ser hospitalizadas para la vigilancia y atención de parto, cuando presenten contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos, dolor abdominal en hipogástrico, cambios cervicales (borramiento de 50% a 80% y dilatación igual o mayor a 4 cm).

28. En la misma “Opinión Médica”, se indicó que AR1 debió realizar a V1 un partograma (*“es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir los centímetros de la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre”*)¹, con el objeto de llevar una adecuada vigilancia del trabajo de parto, para prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daños fatales o irreversibles al binomio materno-infantil, por lo que se contravino el contenido del numeral 5.4.1.1, de la referida norma oficial mexicana. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera al “partograma”, como una de las más importantes herramientas de monitoreo en la atención obstétrica moderna, por

¹ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del parto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08. Consejo General de Salubridad. Publicado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México: Secretaría de Salud; 2009. Pág. 27

lo que aboga por su uso universal, en toda mujer que ingrese para atención obstétrica. No obstante que en el “Expediente Clínico” de V1 obra agregado un partograma de 5 de marzo de 2013, elaborado a las 19:30 horas; sin embargo, este documento se realizó 10 minutos después del nacimiento de V2, lo que se corroboró con la “Nota Posparto” de esa misma fecha, elaborada por AR1 y un médico interno de pregrado, y con el Certificado de Nacimiento de V2, en las que se estableció que V2 nació a las 19:20 horas.

29. El perito de esta Institución, asentó que del análisis del expediente clínico de V1 y V2, no se advirtió que hubiera una vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, pues conforme a la Guía de Práctica Clínica “Para la Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto”, la verificación y registro de la contractilidad uterina, así como el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina, se debe realizar al menos cada 30 minutos; mientras que los registros del progreso de la dilatación cervical, registro del pulso, tensión arterial y temperatura, se practicarán como mínimo cada 4 horas; además de que se debe mantener una hidratación adecuada de la paciente, lo que finalmente no se realizó, incumpliendo AR1 con el numeral 5.4.2.1, de la norma oficial mexicana en comento.

30. El 9 de mayo de 2014, visitantes adjuntos de este Organismo Nacional, realizaron entrevista a V1 quien, entre otras cosas, manifestó que al momento del nacimiento, V2 venía en presentación cefálica, lo que le provocó un desgarro en la zona genital, ocasionando sangrado y riesgo de infección, por lo que al ingresarla al área de tococirugía le realizaron una sutura; sin embargo desde el 5 de marzo de 2013, ha presentado tres cuadros de infección vaginal, y al explorarse percibe cambios anatómicos en la zona genital, por lo que ha tenido que acudir con un ginecólogo particular teniendo que hacer gastos que no tenía previstos. También refirió que por los medicamentos que le administraron para su tratamiento no pudo amamantar a V2 por tres semanas.

31. En ese contexto, según la referida opinión del perito médico de esta Comisión Nacional, la atención otorgada por AR1, no fue oportuna, ni adecuada, ya que por los parámetros reportados en la primera exploración que realizó a V1, debió ingresarla para su debida

atención y vigilancia, pues presentaba datos para diagnosticarla en *“fase activa”* del trabajo de parto; por el contrario, la envió con cita abierta a urgencias de tococirugía, con datos de alarma, y según el dicho de V1 con revaloración en 4 horas; lo que motivó que V1 saliera a caminar, acelerando el trabajo de parto al segundo periodo, que comienza con dilatación completa lo que provocó que, 15 o 20 minutos después de haber salido del nosocomio, V1 dio a luz a V2 en la vía pública en condiciones insalubres y sin la asistencia de personal médico y de enfermería, poniendo en riesgo la vida de V2, por la delicadeza y fragilidad que presenta un recién nacido a escasos segundos de salir del vientre, ya que en el caso, el primer componente anatómico visible, fue el cráneo y, enseguida, el resto del cuerpo de V2, por lo que pudo haberse presentado un traumatismo craneoencefálico; convalidándose con ello la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica proporcionada, así como la violación al deber de cuidado que debió cumplir el médico tratante, como garante de la salud de V1 y V2.

32. Después de que AR1 decidió no hospitalizar a V1, ésta dio a luz en la vía pública, puso en riesgo su vida y la V2, originando que uno de los actos más íntimos en la vida de una mujer, fuera expuesto por completo ante todo aquél que se encontrara transitando por la vía pública en ese momento, y que un reportero del Periódico 1 filmara el nacimiento de V2 y lo difundiera en medios electrónicos y redes sociales, a través de *“Internet”*.

33. Las acciones y omisiones referidas, contravienen lo dispuesto en los puntos 5.4.2., 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993, que prevén que el control de parto normal, debe incluir: *“la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina, al menos cada 30 minutos”*, así como *“la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo con la evolución del trabajo de parto y el criterio médico”* Dicha norma oficial mexicana que ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 5/2015, y 7/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, y en las que se hizo hincapié en la importancia que tiene, precisamente, mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita prever un posible sufrimiento

fetal del producto, así como un correcto seguimiento del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

34. Es importante recordar que los numerales 5.1.1, 5.1.3, 5.1.4 y 5.1.5, y en la introducción de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, establecen con claridad que *“la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria”*; también que: *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y 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 disponen, entre otros, brindar una atención oportuna, *“con calidad y calidez”*.

35. El perito médico de esta Comisión Nacional refiere que en el “Expediente Clínico” de V1 y V2 no existen constancias del personal médico, de enfermería o paramédico que atendió la urgencia suscitada en la vía pública, donde V1 dio a luz a V2, pues se observa que en la “Nota Médica y Prescripción” de 3 de junio de 2013, donde consta valoración médica realizada a V2, se asentó que nació por parto fortuito, sin complicaciones ni patologías, encontrarse en buenas condiciones, y sin evidencia de lesión alguna secundaria al parto; empero, en la “Historia Clínica Obstétrica” de 5 de marzo de 2013, AR1 no estableció la hora de elaboración y, no existen notas donde se especifiquen las indicaciones para después del alta de V1 y V2; todo lo cual, contraviene los numerales 5.2, 5.2.1 y 5.10, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de octubre de 2012, y los artículos 1, 6 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

36. La inobservancia de esta última norma oficial mexicana, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, pues representa un obstáculo para conocer el

historial clínico detallado del paciente e identificar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose, además, el derecho de las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad histórica respecto de la atención médica que se proporcionó en una institución pública de salud; situación que ha sido objeto de múltiples pronunciamientos de este Organismo Nacional, contenidos en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015 y 7/2015.

37. La apropiada integración del expediente clínico de V1 y V2, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, 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.

38. Resulta aplicable en la especie la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador”*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyo numeral 68, refiere *“la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.

39. En el Acta Circunstanciada del 4 de junio de 2014, se asentó que visitantes adjuntos de esta Comisión Nacional, se constituyeron en el domicilio de la agraviada para brindarle apoyo psicológico. Al respecto, se obtuvo la opinión psicológica de 7 de julio de 2014, emitida por una perito de esta Comisión Nacional,

en la que, teniendo en cuenta la entrevista sostenida con V1, consideró que debía recibir atención psicológica que le permita superar los trastornos psicológicos que se ocasionaron con motivo de la atención recibida en el Hospital General, así como los provocados por la publicación de su imagen en *“Internet”*. Asimismo, se hizo constar que después del nacimiento de V2 en la vía pública, personal médico las trasladó al Hospital General, donde V2 fue puesta en una incubadora, de quien no supo nada hasta las 11:00 horas del 6 de marzo de 2013, momento en que fueron dadas de alta; haciendo hincapié en que las enfermeras se mostraron enojadas con ella. Consideró además, que AR1, desatendió el carácter prioritario que tiene la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, al *“no proporcionarle un servicio oportuno de calidad y calidez”*, como lo dispone el artículo 61, de la Ley General de Salud, y numeral 5.1.3., de la citada norma oficial mexicana. De igual forma la perito constató que V1 *“no contó con apoyo psicosocial ni fue tratada con respeto y de modo individual y personalizado”* que le garantizara intimidad en el trabajo de parto y, en general, *“no se le hizo partícipe de las actuaciones de los profesionales de salud”*.

40. Por otra parte, de las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que la indebida atención al binomio materno-infantil, se traduce en violencia institucional por parte de una institución de salud, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, tienen la obligación de evitar *“dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*, entre ellas, la obstétrica, y aplicar *“las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia”* y *“respetar los derechos humanos de las mujeres”*.

41. En el caso de V1, se acredita la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho sea una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre

de Violencia para el Estado de Veracruz; en 2009 la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas; en 2010, en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato; en 2011, en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango; en 2014 la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua; la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo y, finalmente, la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas. Cabe destacar que si bien dichas leyes no son aplicables al Estado de Baja California, son un referente obligado para atender el tema de la violencia obstétrica.

42. En relación al tema, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)², en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, definiéndola como: *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho organismo internacional, se pronunció en el 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, reconociendo que: *“El*

² Revista “Redbioética/UNESCO”, Año 4, Vol. 1, No. 7, Enero-Junio de 2013, página 47.

maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo."

43. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian debido a que son una constante en la atención que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quienes finalmente deciden sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos por nacer.

44. Con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, este Organismo Constitucional Autónomo, en el Seminario Internacional *"Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna"* de septiembre de 2014, con el que se inició la *"Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica"*, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios *"con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad"* en el rubro de la salud.

45. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las referidas Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas, lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del feto o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

46. En ese contexto, se pudo corroborar por esta Comisión Nacional que, con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, AR1 trasgredió los derechos humanos a la protección de la salud materna, trato digno y derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1, y el derecho a la protección de la salud, trato digno, en agravio de V2, quien tenía el deber de cuidado que debía y podía observar, en su calidad de garante de la salud de V1 y V2, que deriva de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que en términos generales establece que: *“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”,* así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”*; mientras que el diverso artículo 61 Bis de la citada Ley, dispone que: *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud (...), con estricto respeto de sus derechos humanos”*. Vulneró AR1, además, los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61 fracción I, y 61 Bis, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9, 48, y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la ONU el

18 de diciembre de 1979 y vigente en México desde el 12 de mayo de 1981, así como las normas oficiales mexicanas supracitadas.

47. Igualmente, AR1 omitió observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la protección de la salud, vida libre de violencia y trato digno, previstos en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero y segundo, y 133, constitucionales.

48. Sobre el particular, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y vigente en México desde el 23 de junio de 1981; 1.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”) del 22 de noviembre de 1969; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948, en Bogotá, Colombia; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 23 de junio de 1981; 10.1, 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988 y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999; y 1, 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”), adoptada el 9 de junio de 1994 y vigente para México desde el 19 de enero de 1999; en síntesis, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena

efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y, de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

49. *“La protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel”.* Así, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, afirmó que ese 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 (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.*

50. Es importante especificar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Federal, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restableciendo la salud y la vida de las personas. En el presente caso, AR1, debió considerar el estado integral de la paciente y realizar una valoración adecuada, a efecto de determinar el ingreso a la sala de labor de parto; todo lo cual, de acuerdo con las consideraciones expuestas, no se llevó a cabo.

51. A mayor abundamiento, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más*

alto nivel posible de salud”, tutelado en el artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, aprobado el 11 de mayo de 2000, en la que se determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado, de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también, obligaciones de carácter negativo o de abstención, que impidan la efectividad del derecho a la salud, por lo que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de actos que impidan el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud. Señala también que el personal médico esté capacitado, sea respetuoso de la ética médica y sensible “a los requisitos del género y el ciclo de vida”.

52. Esta Comisión Nacional, destaca también que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, tuvieron una consideración especial en razón de su condición de mujer en estado de gravidez, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo a la especial protección de la que gozan las mujeres durante su embarazo, contemplado en diversos instrumentos internacionales de la materia, todo lo cual implicaba que el binomio materno-infantil debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección a la salud materna.

53. Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad política del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; *“brindar 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 “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres.”*

54. Partiendo de la base que el derecho al trato digno *“es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico”*³, es evidente que V1 y V2, sufrieron menoscabo en su dignidad, ante la inadecuada atención médica de que fueron objeto en el Hospital General, derecho que encuentra sustento en los artículos 1º, párrafo quinto y 25, párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

55. AR1 con su actuación incumplió sus obligaciones contenidas en los artículos 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos; y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen los servidores públicos de adecuar su actuación a *“los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad”*, así como *“cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio”*, o *“implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público”* que prestan como trabajadores de la salud.

56. Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos; 6º, fracción III, 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente con evidencias suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, las aporte ante el Órgano Interno de Control del IMSS, a fin de que se integre debidamente el procedimiento administrativo correspondiente y se valoren o aprecien en su eficacia, pertinencia y veracidad.

³ Soberanes Fernández, José Luis (2008) Coordinador del *“Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos”*. México. Editorial Porrúa/CNDH, 2008, pág. 273.

57. No es obstáculo para lo anterior que en el Área de Auditoría de Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS, Delegación Mexicali, Baja California, se encuentra en trámite la Queja Administrativa 1, lo que no es impedimento para que esta Comisión Nacional presente una nueva queja administrativa, en la que se destaquen las observaciones contenidas en este documento.

58. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano, para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero, además, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero y 109, constitucionales; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevén la posibilidad de que 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.

59. Conforme a lo previsto en los artículos 1, 2, fracción I, 7 fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 61, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110 fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección

a la salud materna, trato digno y el derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1, y a los derechos a la protección a la salud y al trato digno en agravio de V2, se les debe inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

60. Resulta aplicable en la especie la sentencia del *“Caso Espinoza González, vs. Perú”*, de 20 de noviembre de 2014, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que, en los numerales 300 y 301 refiere que *“toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, y también estableció que *“las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”*

61. La Comisión Nacional advierte que los aludidos principios sobre reparación del daño se deben aplicar en casos de violaciones a derechos humanos, según el caso concreto, por lo que deberán servir como un referente internacional aplicable para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación integral en los casos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles. En ese sentido, se deberán llevar a cabo acciones encaminadas a la reparación integral del daño ocasionado a V1 y V2, de acuerdo con los principios supracitados.

62. Es importante señalar que no pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que con el oficio 95217614BB1/2224, de 29 de diciembre de 2014, el Jefe de Área de Atención de Asuntos Especiales, adscrito a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó que desde junio de 2014 V1 fue dada de baja del régimen obligatorio de ese Instituto, información que es irrelevante jurídicamente, pues en nada

afecta la presente determinación, ya que en la fecha en que se suscitaron los hechos investigados, V1 era derechohabiente, de tal manera que creó a su favor los derechos como tal, además de que la situación jurídica concreta, deriva de la inadecuada atención médica que se le otorgó en el Hospital General, ya multicitado.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1 y V2, y continuar con el otorgamiento de la atención médica y psicológica necesaria en favor de V1 con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General, involucrados en los hechos referidos en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñen e impartan en los Hospitales de ese Instituto, especialmente en el Hospital General citado, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, transversal, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En protección de la garantía de no repetición, se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se ordene entregar copia de la certificación y, en su caso, recertificación

tramitadas 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 les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Que las evidencias de la presente Recomendación sean valoradas o apreciadas en su eficacia, pertinencia y veracidad en el procedimiento administrativo que está en curso en el Órgano Interno del Control en el IMSS incoado contra AR1, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que les sean requeridas.

SEXTA. Participe ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo, en el seguimiento e inscripción de V1 y V2, en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de 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.

63. 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.

64. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

65. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

66. 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, y 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, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ