

Comisión Nacional de los Derechos Humanos



RECOMENDACIÓN NO. 48 /2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V1, Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRÍA 3-A, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 19 de octubre de 2017.

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

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, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2016/7753/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; 147 de su Reglamento Interno, y 68, fracción VI y 116, párrafo uno y dos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se harán del 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 y vistos los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 27 de septiembre de 2016, se recibió en esta Comisión Nacional la queja presentada por V1, mujer de 24 años, en la cual manifestó haber sufrido violencia obstétrica durante la atención en el pre y post parto, que culminó en el fallecimiento de su hija V2, por actos atribuibles a servidores públicos del Hospital de Gineco-Pedriatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social (en lo sucesivo “Hospital de Gineco-Pedriatría”), en la Ciudad de México.

4. En su queja, V1 señaló que el 3 de enero de 2016 acudió al Hospital de Gineco-Pedriatría, siendo atendida por AR1, quien le comentó que por la fecha de última regla, tenía 42.3 semanas de gestación. Asimismo, dicho doctor le realizó un ultrasonido, del cual advirtió que V2 estaba bien y se movía normal. V1 manifestó que AR1 dudó sobre si su embarazo era de término, y la internó a pesar de no tener indicios de labor de parto.

5. Aproximadamente, a las 13 horas del mismo día, AR3 la atendió en la sala de parto, indicándole que le inducirían el parto, por lo cual le colocaron un medicamento en gel cada seis horas para comenzar a dilatar. En ese sentido, V1 narró que AR3, le comentó a la madre de V1, que el citado gel le fue aplicado porque *“ya era un bebé viejito”*.

6. De igual forma, V1 señaló que el gel le fue aplicado en tres ocasiones, sin mostrar ningún signo de dilatación, y enfatizó que estando en la sala de parto, le hacían tactos vaginales cuantas veces querían, únicamente preguntándole si le dolía. Al respecto narró que le realizaron más de 20 tactos vaginales por doctores distintos, lo cual fue muy desagradable e incómodo para ella.

7. El 4 de enero de 2016, a las 8:00 horas, V1 fue revisada por AR6, quien le comentó que aún no contaba con signos de dilatación. Minutos después, ingresaron varios doctores y frente a más de 6 practicantes, le realizaron otro tacto. Posteriormente, a V1 le colocaron una pastilla sublingual para comenzar con las contracciones y V2 pudiera nacer.

8. V1 expresó, que después de varias horas sin información, su madre preguntó por qué no le hacían cesárea, y un doctor le comentó que no pueden realizarla, ya que están obligados a seguir los lineamientos del Hospital. Posterior a ello, V1 comenzó a sentir contracciones, siendo revisada por un doctor, quien decidió realizarle un estudio. Cumplidas 24 horas desde su ingreso, V1 tenía 1 centímetro de dilatación, y su mamá volvió a comentar sobre la cesárea, pero el personal insistió en seguir los “lineamientos”.

9. Alrededor de las 20:00 horas del 4 de enero de 2016, AR7 le informó a V1 que tenía 3 centímetros de dilatación. V1 indicó que al revisarla dicho doctor la lastimó severamente, *“ya que bruscamente metió su mano completa”*, lo cual ocurrió en repetidas ocasiones. En ese contexto, V1 suplicó que le hicieran una cesárea, y AR7 respondió que tenía que *“aguantarse”* y esperar a que V2 naciera por parto natural.

10. V1 manifestó que el dolor era insoportable, y AR7 le explicó que le colocarían anestesia, la cual duraría 30 minutos. Cuando terminó el efecto, V1 llamó al doctor, pero no se encontraba, por lo cual le comentó a una enfermera que su bebé *“no se movía”*, pero ésta la ignoró. Posteriormente, AR7 llegó junto con otra

doctora, un internista, y AR8 y le comentaron que la iban a revisar, *“porque gritaba mucho”*. Al momento de la revisión, AR8 le preguntó ¿Qué número de gesta?, y V1 respondió que era la primera, a lo que AR8 replicó: *“uuuy no aguantas nada, no hija no voy a hablar con tu familia para que te calme porque tu bebé tiene que nacer por parto natural, aparte nos vas a hacer usar la sala de cirugía cuando podemos ocuparlas para otra mamá que la necesite”* (sic).

11. Asimismo, V1 narró que AR8 salió para comentarle a su mamá que pasara para que la tranquilizara, porque se había levantado y que si le pasaba algo, ellos no iban a ser responsables. Minutos después, una doctora comentó que V1 tenía *“el cuello muy duro”*, por lo que, ya no abrirían más y procederían a realizarle una cesárea. En ese sentido, V1 fue preparada, firmó *“unas hojas”*, y mencionó que durante su traslado a la sala para hacerle la cirugía, AR8 le dijo que se había salido con la suya y que le estaba quitando la oportunidad a otra mamá de usar esa sala de operación con su cesárea. Finalmente, el procedimiento de cesárea fue realizado.

12. El 5 de enero a las 4:24 horas, nació V2, y le informaron a V1 que su hija sería llevada a los cuneros, porque tenía problemas para respirar. Posteriormente, V1 al ser trasladada a otra sala, preguntó en varias ocasiones por el estado de salud de V2, y le dijeron que no podrían darle informes. A las 13:00 horas, a T1 le informaron que V2 tuvo una hemorragia pulmonar. Momentos después, le informaron que V2 había sufrido un paro cardíaco, pero que se había recuperado. Aproximadamente a las 21:3[5] horas, una doctora le comunicó que V2 había fallecido.

13. Con motivo de los hechos, esta Comisión Nacional integró el expediente de queja **CNDH/4/2016/7753/Q** solicitando información y copia del expediente clínico al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); asimismo, 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.

14. Escrito de queja y documentos anexos, de 27 de septiembre de 2016, presentados por V1, ante esta Comisión Nacional.

15. Oficio 09 52 17 61 4BB1/2638 de 11 de noviembre de 2016, por el que servidores públicos del IMSS rindieron el informe solicitado por este Organismo Nacional.

16. Expedientes clínicos de V1 y V2 integrados en el Hospital de Gineco-Pediatría.

17. Oficio DGC/220/0025/2017 de 12 de enero de 2017, por el que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), rindió el informe en colaboración solicitado por este Organismo Nacional.

18. Acta Circunstanciada de 13 de febrero de 2017, donde se hizo constar el correo electrónico, por el que un servidor público del IMSS informó a este Organismo Nacional, el estatus de la queja administrativa iniciada por el Órgano Interno del Control en el IMSS.

19. Opinión médica de 6 de junio de 2017 sobre el caso de V1 y V2, emitida por un médico de este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. Con motivo de los hechos descritos, V1 presentó una queja ante la CONAMED, de la cual dicha autoridad informó a esta Comisión Nacional que *“sólo se llegó a la etapa conciliatoria, concluyéndose como NO CONCILIADO, dejando a salvo los derechos de la parte quejosa”*.

21. El 13 de febrero de 2017, el IMSS informó a este Organismo Nacional, que con motivo de una queja presentada por V1, se integró un expediente administrativo en el Órgano Interno de Control en el IMSS, mismo que fue remitido por razones de competencia territorial al Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del IMSS, instancia que determinó como “*IMPROCEDENTE, desde el punto de vista médico*” (sic).

IV. OBSERVACIONES.

22. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2016/7753/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 siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud; 1.1. Inadecuada atención médica por personal del Hospital de Gineco-Pediatría; 2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica; ambos en relación con V1; y 3. Derecho a la vida, en relación con V2.

1. Derecho a la protección de la salud.

23. El párrafo cuarto del artículo 4º 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 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”¹.

24. Esta Comisión Nacional, ha reiterado 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 disponibilidad².

25. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que el acceso a la atención de 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 mujer³.

26. Por su parte, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*; asimismo que los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención*

¹ Registro 167530. DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

² Recomendación 61/2016, párr. 85.

³ Además, se puntualizó que: *“es 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”*.

primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital de Gineco-Pediatría.

27. En vista de estos estándares sobre el derecho a la protección de la salud, especialmente en el ámbito materno, enseguida se analizan las acciones y omisiones que consecuentemente provocaron la vulneración del mismo.

28. En primer término, de las constancias que integran el expediente, este Organismo Nacional constató que durante el control prenatal de V1 (16 consultas en total), le fueron detectados algunos procesos patológicos: a) cervicovaginitis, b) infección de vías urinarias y c) gastroenteritis, los cuales fueron tratados.

29. Considerando lo anterior, el 3 de enero de 2016, V1 con 39.5 semanas de gestación (de acuerdo con su expediente clínico), acudió al Hospital de Gineco-Pediatría, por presentar molestia a nivel pélvico y cefalea leve, siendo atendida por AR1, quien en una nota médica asentó que V1 cursaba signos vitales dentro de parámetros normales y presentaba movimientos fetales. En ese sentido, realizó ultrasonido obstétrico, el cual reportó un producto de término⁴, en posición cefálica, frecuencia cardíaca normal (145 latidos por minuto) y sobre V2, un peso estimado de 3200 gramos.

30. Sin embargo, de acuerdo con la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, de forma inadecuada AR1 **no corroboró el bienestar fetal y la edad**

⁴ Producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

gestacional mediante ultrasonografía, lo cual era importante para normar conducta, toda vez que al tratarse de un producto de 39.5 semanas de gestación y sin trabajo de parto, debió dar de alta a V1 con cita abierta. No obstante lo anterior, AR1 indicó el ingreso de V1 a la unidad tocoquirúrgica para continuar su valoración.

31. El mismo 3 de enero de 2016, a las 21:00 horas, V1 fue revisada por AR2, reportando signos vitales normales y cérvix sin dilatación. Al respecto, dicha doctora decidió indicar la inducción del parto (de forma artificial), sin confirmar el bienestar fetal con perfil biofísico, estudio de Doppler, o registro tococardiográfico, omitiendo con ello, lo establecido en la *Guía de Práctica Clínica Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, del Consejo de Salubridad General, la cual refiere que, si se considera inducir trabajo de parto, debe abordarse y documentarse lo siguiente: **a)** indicación de la inducción, **b)** si existe alguna contraindicación, **c)** edad gestacional, **d)** cérvix favorable, **e)** presentación fetal, **f)** desproporción cefalopélvica, **g)** bienestar fetal y **h)** estado de las membranas.

32. Aunado a lo anterior, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, no se confirmó mediante ultrasonido que en verdad se tratara de una gestación prolongada que justificara la inducción del trabajo de parto, ya que al no existir una indicación precisa, se expuso a V1 a una serie de complicaciones⁵ de forma innecesaria, lo cual aumento el riesgo de resultados adversos en el binomio materno-infantil.

33. Es importante mencionar que en las indicaciones del 3 de enero de 2016 a las 14:20 horas, AR3 para acelerar el parto, indicó “*Dinoprostona gel 1 c/6hrs*”. Sin

⁵ Por ejemplo, hiperdinamia uterina, sufrimiento fetal, inducción fallida, prolapso de cordón, ruptura uterina, etcétera.

embargo, no obstante derivado de su aplicación V1 no presentó cambios cervicales, el personal médico continuó indebidamente con la inducción.

34. El día 3 de enero de 2016, a las 21:35 horas, V1 fue valorada por AR4, quien describió la presencia de *trombocitopenia*⁶ (normal 150 mil a 450 mil plaquetas), por lo que se indicó perfil preeclámptico; sin embargo, inadecuadamente se omitió corroborar la edad gestacional, para confirmar si debía continuar o suspenderse la inducción del trabajo. Asimismo, en la valoración se encontró índice de líquido amniótico de 7 centímetros cúbicos, que es indicativo de un *oligohidramnios*, lo cual es una causa importante de morbilidad fetal.

35. De igual forma, AR4 asentó en una nota médica lo siguiente “*Paciente a candidata a monitoreo fetal continuo y previa PSS [prueba sin estrés], no contamos con monitores, tococardiografos no servibles*”. En ese contexto, AR4 debió remitir a V1 a otra unidad médica que contara con los recursos necesarios para una adecuada vigilancia obstétrica, sin embargo omitió su traslado, pasando por alto que la referida *Guía de Práctica Clínica Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, del Consejo de Salubridad General, la cual recomienda que siempre que la inducción del parto este indicada, deben estar disponibles los recursos electrónicos para vigilar la frecuencia cardiaca fetal y monitoreo de las contracciones uterinas. En ese sentido, la valoración fue deficiente y expuso al binomio a un aumento en la probabilidad de morbilidad materno-infantil.

36. El 4 de enero de 2016, a las 8:15 horas, AR5 al revisar a V1, la describió con signos vitales normales, frecuencia cardiaca fetal estable y actividad uterina regular; no obstante ello, de acuerdo con la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, AR6 continuó con inducción del trabajo de parto de manera

⁶ Disminución del número de plaquetas (células).

innecesaria, sin monitorización electrónica ni confirmación del bienestar fetal⁷, incluso ante la insistencia en la inducción, a V1 le fue aplicado *misoprostol*, sin tomar en consideración, que dicha sustancia podía causar diversas complicaciones⁸, las cuales pasaron inadvertidas debido a la vigilancia deficiente, y a la falta de monitores y tococardiógrafos.

37. En tal sentido, de acuerdo a la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, en ese momento se debió realizar interrupción de la gestación por vía abdominal, al no existir las condiciones para vigilancia del binomio (con monitoreo electrónico), además por el antecedente de un registro cardiotocográfico categoría II exigía una evaluación y vigilancia continua, así como reevaluaciones y pruebas complementarias de bienestar fetal con: ultrasonido, perfil biofísico o estudio Doppler. Debe enfatizarse, que tomando en cuenta que el índice de Bishop (que ayuda a predecir las probabilidades del parto vaginal) encontró a V1 con una puntuación de 0 tras presentar un cérvix desfavorable, la probabilidad de fracaso al realizar un nuevo intento de inducción del trabajo de parto era alto.

38. Asimismo, del análisis del expediente clínico, pudo constatarse que en el *partograma* realizado a V1 el 4 de enero de 2016, se asentó que durante las 10:30 horas y 11:30 horas, la frecuencia cardíaca fetal presentó taquicardia en tres ocasiones (165, 168 y 170 latidos por minuto); lo anterior de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, son datos altamente sugestivos de sufrimiento fetal agudo, cuestión que en conexión con el diagnóstico de *oligohidramnios* reportado por AR4, aumentó el riesgo de morbilidad fetal, por lo cual, en ese momento AR5 debió realizar interrupción de la gestación por vía abdominal, en cumplimiento de lo previsto en la *Guía de Práctica Clínica para la*

⁷ Mediante registro cardiotocográfico, perfil biofísico o estudio Doppler.

⁸ Ver supra nota al pie 5.

Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México, del IMSS, que describe como indicaciones absolutas de operación cesárea: el sufrimiento fetal.

39. Aunado a lo anterior, derivado de la revisión realizada a V1 a las 14:30 horas del mismo día, por parte de AR6, tampoco fue suspendida la inducción del trabajo de parto, toda vez que para esta valoración, ya se habían administrado dosis de *dinoprostona* y de *misoprostol*, sin presentar cambios a nivel de cérvix, lo que de acuerdo con la opinión médica realizada por esta Comisión Nacional, significó que **la inducción del parto a pesar de los fármacos resulto fallida**, contraviniendo lo que al respecto señala, la ya citada *Guía de Práctica Clínica Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*⁹. Por tanto, en este caso debió realizarse la interrupción de la gestación por vía abdominal.

40. El 4 de enero de 2016, a las 21:00 horas, AR7 al revisar a V1, identificó la disminución de los movimientos fetales (hipomotilidad fetal), lo cual, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, es un dato indicativo de la pérdida del bienestar fetal o sufrimiento fetal, por lo que, en ese momento AR7 debió realizar interrupción de la gestación por vía abdominal, en seguimiento de lo previsto en la *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México*, del IMSS¹⁰. En ese sentido, al omitir dicha intervención quirúrgica y continuar la conducción del trabajo de parto, AR7 provocó que aumentara el riesgo de complicaciones y de morbilidad materno-perinatal.

⁹ La citada Guía, recomienda que si la inducción del trabajo de parto falla, la condición materna y el embarazo en general deben ser reevaluados, así como el bienestar fetal, mediante monitoreo electrónico fetal.

¹⁰ Dicha Guía refiere que, ante la existencia de sufrimiento fetal, debe interrumpirse la gestación por vía abdominal.

41. El 5 de enero de 2016 a las 03:30 horas, en la valoración realizada a V1 por AR8, se programó “*Cesárea Kerr*” y se describió que V1 presentó “*trabajo de parto estacionario*”, ya que a partir de las 22:00 horas del 4 de enero de 2016 la dilatación no avanzó, además cursó con *polisistolia* (hiperestimulación uterina), la cual, de conformidad con la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional, es una anomalía en el mecanismo del parto (distocia dinámica) provocada por la inducción innecesaria e injustificada del trabajo de parto, con prostaglandinas (misoprostol y dinoprostona)¹¹.

42. Aunado a lo anterior, AR8 también describió la presencia de meconio y taquicardia fetal (165 y 168 latidos por minuto); lo anterior, confirmó que V2 se encontraba con sufrimiento fetal, provocado por las siguientes omisiones: **1)** la no confirmación de la edad gestacional y del bienestar fetal por AR1; **2)** la inducción del trabajo de parto sin indicación precisa por AR2 y AR3; **3)** la continuación de la inducción del trabajo por AR6; **4)** la omisión de AR4 del envío de V1 a otra unidad que contara con los recursos suficientes para la valoración adecuada, y **5)** la administración de misoprostol y la vigilancia deficiente del binomio materno-infantil por parte de AR5.

43. Posteriormente, a las 21:35 horas del 5 de enero de 2016, falleció V2, y el 8 de enero de 2016, a las 11:00 horas, V1 fue dada de alta al presentar un estado clínico adecuado.

44. En vista de lo analizado, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones concatenados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-infantil, lo que generó la pérdida de la vida de V2.

¹¹ La bibliografía médica especializada ha comprobado que el uso de misoprostol y dinoprostona genera el riesgo de hiperestimulación uterina y/o polisistolia.

45. Este Organismo Nacional ha referido reiteradamente en sus Recomendaciones, la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, lo cual debe efectuarse, como ha sido previsto en la NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”*, (actualmente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*), mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil, situación que no se actualizó en el presente caso.

46. En razón de ello, este Organismo Constitucional destaca que el personal médico del Hospital de Gineco-Pediatría, involucrado en el caso de V1, tenía el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivada del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto, a saber: *“I. De manera preventiva, 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”*; lo anterior, en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*.

47. Esta Comisión Nacional recuerda que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación y la protección

del derecho a la vida del recién nacido. Lo anterior, en el entendido de que la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer.

48. Al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debió 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 la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio*, mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez¹², así como mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-infantil.

49. La vulneración ocasionada al derecho a la protección de la salud, por parte del personal del Hospital de Gineco-Pedriatría, derivó en una afectación a la vida de V2, y en consecuencia al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos de V1, en vista de las irregularidades en la atención médica otorgada por parte del personal adscrito al Hospital de Gineco-Pedriatría.

50. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, contenido en los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;

¹² Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 10/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 33/2016, 38/2016, 40/2016, 47/2016, 50/2016, 54/2016, 57/2016, 58/2016 y 61/2016 emitidas por esta Comisión Nacional.

25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), y por contravenir lo previsto en 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, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, *“Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”*, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento.

51. Este Organismo Nacional enfatiza la importancia de que todos los agentes del Estado Mexicano ajusten su actuación a los objetivos y metas planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que en el caso que nos ocupa, de manera particular resultan relevantes los numerales 3 y 5 respectivamente, que establecen la necesidad de *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* y *“lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas”*, por lo que la autoridad involucrada deberá atender a estos planteamientos, al establecer las medidas de reparación en favor de las víctimas, en el caso particular, y de manera general, en las políticas públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud.

2. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica, en agravio de V1.

52. 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”*; *“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”*.

53. 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 otros¹³.

54. En el presente caso, V1 señaló a esta Comisión Nacional que, durante su atención en la sala de parto le realizaron *“más de 20 tactos vaginales por doctores [...] distintos”*, lo cual fue muy *“desagradable e incómodo”*. En ese sentido, del análisis realizado por esta Comisión Nacional al expediente clínico, se constataron 7 (siete) tactos vaginales durante el trabajo de parto.

55. En referencia a lo anterior, de acuerdo con la opinión médica realizada por este Organismo Nacional, si bien es cierto, en todo trabajo de parto es necesario

¹³ CNDH. Recomendación 6/2017. 28 de febrero de 2017, párr. 53.

realizar tactos vaginales para una adecuada valoración, en este caso en particular, el personal médico del Hospital de Gineco-Pediatría, al haber realizado una inducción injustificada del trabajo de parto, expuso a V1 a dichas revisiones de manera innecesaria e injustificada, constituyendo un acto de violencia obstétrica.

56. Esta Comisión Nacional, ha documentado casos previos que dan cuenta de la realización de tactos vaginales de manera injustificada¹⁴, habida cuenta que dicha práctica es sumamente invasiva y dolorosa para el cuerpo de la mujer que es atendida.

57. Asimismo, cabe recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sostenido que: *“En cuanto a los tactos vaginales a intervalos más frecuentes, deberá darse prioridad a los deseos y las preferencias de la mujer y a minimizar la cantidad total de tactos”*¹⁵.

58. Aunado a lo descrito, esta Comisión Nacional tomó nota sobre lo narrado por V1, al referir que AR7 al revisarla la lastimó severamente, *“ya que bruscamente metió su mano completa”*, lo cual ocurrió en repetidas ocasiones. De igual forma, V1 expresó que al solicitar le hicieran una cesárea, AR7 respondió que tenía que *“aguantarse”* y esperar a que V2 naciera por parto natural.

59. En la misma línea, V1 expresó que al estar en la sala de parto, AR7 y AR8 le comentaron que la iban a revisar, *“porque gritaba mucho”*, y al momento de dicha revisión AR8 le preguntó ¿Qué número de gesta?, y V1 respondió que era la primera, a lo que AR8 replicó: *“uuuy no aguantas nada, no hija no voy a hablar con tu familia para que te calme porque tu bebé tiene que nacer por parto natural,*

¹⁴ CNDH. Recomendación 41/2015, y Recomendación 50/2016.

¹⁵ OMS. *“Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014”*. Abril del 2015, p. 2.

aparte nos vas a hacer usar la sala de cirugía cuando podemos ocuparlas para otra mamá que la necesite” (sic).

60. Al analizar dichos testimonios con perspectiva de género, y en términos del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se dan por ciertos los hechos expresados en el escrito de queja, en virtud de que no fueron desvirtuados por la autoridad¹⁶. Asimismo, cabe precisar, que este Organismo Nacional ha reiterado que la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente así como el trato descortés y violento consistente en gritos, regaños e insultos, constituyen actos de violencia obstétrica¹⁷.

61. 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 salud¹⁸. 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.

62. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 31/2017 advirtió que: *“En 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*

¹⁶ “...La falta de rendición del informe o de la documentación que lo apoye, así como el retraso injustificado en su presentación, además de la responsabilidad respectiva, tendrá el efecto de que en relación con el trámite de la queja se tengan por ciertos los hechos materia de la misma, salvo prueba en contrario”.

¹⁷ CNDH. Recomendaciones 19/2015, 20/2015, 45/2015 y 6/2017.

¹⁸ CNDH. Recomendación General 31/2017 “sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud”. 31 de julio de 2017, párrs. 12 y 139.

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”; igualmente se sostuvo que: “Para este Organismo Autónomo, 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”¹⁹.

63. La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico²⁰. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

64. Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR7 y AR8 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 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”).

¹⁹ Párrafos 8 y 91.

²⁰ CNDH. Recomendación General 31/2017 “sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud”. 31 de julio de 2017, párr. 96.

3. Derecho a la vida, en agravio de V2.

65. Este Organismo Constitucional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida²¹. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso²². Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que “[...] *los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud*”²³.

66. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen una profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana²⁴. La protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito de la salud materno-infantil, implica la obligación de todas las autoridades de garantizar al binomio materno-infantil, el disfrute del derecho al

²¹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

²² CNDH. Recomendación 18/2016. 29 de abril de 2016, párr. 106.

²³ Corte IDH. *Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párr. 177.

²⁴ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

más alto nivel posible de salud²⁵, y realizar todas las medidas necesarias para evitar las muertes neonatales derivadas de inadecuadas atenciones médicas o actos de violencia obstétrica.

67. En ese contexto, V2 falleció a las 21:35 horas del día 5 de enero de 2016, y de acuerdo con el certificado de defunción, las causas descritas fueron: “...a) *Hemorragia pulmonar*, b) *Acidosis metabólica descompensada*, c) *Hipertensión pulmonar... Sepsis...*”. En vista de ello, de acuerdo con la opinión médica emitida por este Organismo Nacional, V2 falleció debido a diversas complicaciones, las cuales se originaron debido a la inadecuada atención médica que personal del Hospital de Gineco-Pediatría le brindó a V1, a saber: **1)** valoraciones inadecuadas, inducción y conducción del trabajo de parto con prostaglandinas sin una indicación precisa; **2)** falta de monitorización electrónica estrecha; **3)** la no comprobación del bienestar fetal; **4)** falta de envío de la paciente a otra unidad que contara con los recursos necesarios para una adecuada vigilancia; y **5)** el no haber realizado la cesárea a tiempo, conllevó a una serie de complicaciones que causaron la muerte neonatal de V2.

68. Es importante enfatizar que, de acuerdo con la opinión médica emitida por este Organismo Nacional, si AR5 y AR6, durante sus revisiones hubieran indicado la cesárea en tiempo oportuno, intervención que incluso habría sido solicitada en varias ocasiones por V1, el pronóstico y sobrevida de V2, hubiera sido positivo. Sin embargo, dicha omisión conllevó a una serie de complicaciones que causaron la muerte neonatal de V2.

69. Por las omisiones ya descritas, el personal médico del Hospital de Gineco-Pediatría no garantizó la vida de V2 en el ámbito de la protección de la salud

²⁵ Al respecto existen cuatro obligaciones mínimas para todas las autoridades sobre el derecho a la protección de la salud; a saber: 1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad y 4) calidad.

materno-infantil, ya que la inadecuada atención médica y la violencia obstétrica a V1 que se ha descrito en la presente Recomendación, trascendió en la pérdida de la vida de V2, vulnerando dicho derecho contenido en los artículos 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

4. Responsabilidad.

70. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 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, a una vida libre de violencia en agravio de V1, y a la vida en agravio de V2; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 8, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

5. Reparación integral del daño.

71. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, 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, en términos de los artículos 1º, 4º y 27, fracciones II, III, IV y V de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a V1, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente recomendación.

a) Medidas de rehabilitación.

72. Se deberá proporcionar a V1, la atención médica y psicológica que requiera, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

73. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para V1, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y en su caso, deben incluir la provisión de medicamentos.

b) Medidas de satisfacción.

74. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

75. Asimismo, deben girar las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal

de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

76. De igual forma, se solicita participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que le sean requeridas.

c) Garantías de no repetición.

77. 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 se diseñe e imparta a todo el personal médico y de enfermería involucrado en atención obstétrica del Hospital de Gineco-Pediatría, los siguientes cursos de capacitación: 1) en materia del derecho a la protección de la salud materna, 2) violencia obstétrica y 3) prevención de muerte neonatal. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud.

78. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de Gineco-Pediatría 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.

79. Asimismo, se implemente una campaña al interior del IMSS, con duración de un mes, para todo el personal médico, sobre la erradicación de la violencia obstétrica y la prevención de la muerte neonatal.

80. De igual forma, ante el reconocimiento que el propio personal médico realizó respecto a que no cuenta con “monitores” y la existencia de “tococardiografos no servibles”, se solicita que el IMSS realice las medidas administrativas, presupuestarias o de cualquier otra índole, necesarias para dotar del material y equipo médico indispensables, para que el Hospital de Gineco-Pediatría, esté en condiciones óptimas para que su personal médico brinde una adecuada vigilancia obstétrica a las usuarias.

d) Medidas de compensación (Indemnización).

81. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y una vida libre de violencia en agravio de V1, los cuales derivaron en la pérdida de la vida de V2, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1.

82. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos 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.

83. Asimismo, 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. Se tomen las medidas para reparar el daño a V1, conforme a la Ley General de Víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el Hospital de Gineco-Pediatria, derivada de las vulneraciones a los derechos humanos descritas en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención médica y psicológica con oportunidad, calidad y calidez, a V1, en algún centro de atención médica perteneciente a ese Instituto, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñe e imparta a todo el personal médico y de enfermería involucrado en atención obstétrica del Hospital de Gineco-Pediatria los siguientes cursos de capacitación: 1) en materia del derecho a la protección de la salud materna, 2) violencia obstétrica y 3) prevención de muerte neonatal. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal

de salud. y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital de Gineco-Pediatría 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 remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento de responsabilidad administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SEXTA. Se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que incurrieron, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Participe eficazmente en las investigaciones derivadas de la denuncia, que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que le sean requeridas.

OCTAVA. Se implemente una campaña al interior del IMSS, con duración de un mes, para todo el personal médico, sobre la erradicación de la violencia obstétrica y la prevención de la muerte neonatal.

NOVENA. Se tomen las medidas administrativas, presupuestarias o de cualquier otra índole, necesarias para dotar del material y equipo médico indispensables para que el Hospital de Gineco-Pediatria, esté en condiciones óptimas para que su personal médico brinde una adecuada vigilancia obstétrica a las usuarias.

DECIMA. En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V1, 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; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

DECIMA PRIMERA. 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.

84. 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.

85. 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.

86. 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.

87. 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, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ